



Facultat d'Infermeria

Màster en Promoció de la Salut

Patró de consum de tabac, alcohol i cànnabis en estudiants de 1r i 2n d'ESO

Treball Final de Màster

Alumna: Montserrat Arboix Perejamo

Tutora: Dra. Josefina Patiño Masó

Girona, 2016

AGRAÏMENTS

A l'Oriol i la Judit, per la seva paciència i comprensió durant aquests tres anys.

A tota la comunitat educativa dels instituts de Santa Maria de Palautordera i Sant Esteve de Palautordera, sobretot als alumnes, ja que sense la seva inestimable participació aquest treball no s'hagués pogut realitzar.

Als meus amics, pels seu suport incondicional, en especial al Juan Carlos, per les hores passades descobrint el que amaga la informàtica. I a la Marta i a l'Eulàlia, per les seves sàbies correccions.

Als meus companys de màster, sobretot a la Núria i a l'Elena, per ser-hi sempre i creure en mi.

Als docents del màster, pels coneixements aportats i per despertar-me l'interès en àrees desconegudes. A la Dra. Concepció Fuentes Pumarola, pels cafès amb ciència infermera.

I, per descomptat, a la meva tutora, per la seva paciència, dedicació i professionalitat.

Moltes gràcies a tots.

ÍNDEX

RESUM.....	5
1. INTRODUCCIÓ.....	7
1.1 Consum de tabac, alcohol i cànnabis i a l'adolescència.....	7
1.1.1 Tabac i cigarreta electrònica.....	7
1.1.2 Alcohol.....	9
1.1.3 Cànnabis.....	11
1.1.4 Policonsum.....	13
1.2 Epidemiologia del consum de tabac, alcohol i cànnabis en els adolescents.....	14
1.2.1 Tabac.....	14
1.2.2 Cigarreta electrònica.....	15
1.2.3 Alcohol.....	16
1.2.4 Cànnabis.....	19
1.2.5 Policonsum.....	20
1.3 Edat d'inici.....	21
1.3.1 Conseqüències de l'experimentació precoç en tabac, alcohol i cànnabis.....	23
1.4 Factors psicològics i emocionals.....	24
1.4.1 Percepció de risc i de consum del grup d'iguals.....	24
1.4.2 Estat de salut autopercebut.....	25
1.4.3 Estat d'ànim.....	26
1.4.4 Salut mental.....	27
1.4.5 Relacions familiars.....	28
1.5 Models explicatius del consum de drogues.....	29
1.5.1 Teoria cognitiva social.....	29
1.5.2 Model de creences de la salut.....	30
1.5.3 Model del desenvolupament social.....	31
2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI.....	33
3. OBJECTIUS.....	33

3.1 Objectiu principal.....	33
3.2 Objectius secundaris.....	33
4. METODOLOGIA.....	34
4.1 Àmbit de l'estudi.....	34
4.2 Disseny de l'estudi.....	35
4.3 Població.....	35
4.3.1 Mostra.....	35
4.4 Instrument.....	36
4.4.1 Variables sociodemogràfiques.....	37
4.4.2 Variables relacionades amb el patró de consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	37
4.4.3 Variable relacionada amb l'estat de salut autopercebut.....	39
4.4.4 Variable relacionada amb l'estat d'ànim.....	39
4.4.5 Variable relacionada amb la salut mental.....	39
4.4.6 Variable relacionada amb les relacions familiars.....	40
4.5 Procediment.....	40
4.6 Anàlisi de dades.....	41
4.7 Consideracions ètiques.....	41
5. RESULTATS.....	42
5.1 Característiques demogràfiques i generals.....	42
5.2 Patró d'experimentació amb el tabac, alcohol i cànnabis.....	43
5.2.1 Tabac.....	43
5.2.2 Alcohol.....	44
5.2.3 Cànnabis.....	46
5.3 Edat d'inici en el consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	47
5.4 Policonsum i experimentació combinada de tabac, alcohol i cànnabis.....	47
5.5 Creences dels participants sobre el consum alcohol.....	48
5.6 Percepció sobre del grau de perillositat del tabac, alcohol i cànnabis.....	49
5.7 Percepció sobre el consum de tabac, alcohol i cànnabis del grup d'iguals.....	49

5.8 Estat de salut autopercebut i consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	50
5.9 Estat d'ànim i consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	51
5.10 Estat de salut mental i consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	52
5.11 Qualitat de les relacions dels adolescents amb la seva família i consum de tabac, alcohol i cànnabis.....	53
6. DISCUSSIÓ.....	53
6.1 Limitacions de l'estudi.....	59
6.2 Aplicabilitat i utilitat dels resultats.....	59
7. CONCLUSIONS.....	60
8. BIBLIOGRAFIA.....	62
9. ANNEXES	

Annex 1: Criteris diagnòstics de consum perjudicial, abús i dependència

Annex 2: Diagnòstic de malaltia addictiva

Annex 3: Full d'informació i consentiment pels pares i mares dels alumnes

Annex 4: *Family Affluence Scale* (FAS)

Annex 5: *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST)

Annex 6: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)

Annex 7: Qüestionari FRESC *ad hoc*

Annex 8: Cronograma

Annex 9: Indicadors i comportaments de risc relacionats amb la salut dels participants

RESUM

El consum de drogues és un problema de salut pública que es relaciona amb els hàbits adquirits en l'adolescència. L'entorn escolar és un lloc adient per registrar informació sobre comportaments i hàbits dels adolescents. L'objectiu d'aquest treball és descriure el patró de consum de tabac, alcohol i cànnabis en estudiants de 1r i 2n d'ESO de Santa Maria de Palautordera i Sant Esteve de Palautordera i les seves característiques. A partir d'un estudi descriptiu transversal amb una mostra de 207 alumnes (edat mitjana: 12,8 anys; DT:0,73) 42,99% noies, s'observa quin és el model de consum d'aquestes substàncies en les primeres etapes de l'adolescència. Els resultats mostren que un percentatge elevat dels participants han tingut contacte amb l'alcohol (30,4%), el tabac (13%) i el cànnabis (4,4%). Alguns han experimentat amb el consum intensiu d'alcohol (4,35%) i les borratxeres (2,41%). L'alcohol és la droga més consumida i socialment més acceptada. Un 55% ha pres alcohol en família i un 41,7% en discoteques o bars. Els menors relacionen l'alcohol amb la diversió (69,4%) i amb ser adult (33,2%). La meitat dels estudiants tenen amics que fumen o beuen alcohol i 1 de cada 4 té amics que consumeixen cànnabis. La majoria afirmen que el cànnabis és molt perillós (78%) i que el tabac i l'alcohol només ho són moderadament (68% i 66,7%, respectivament).

S'observa que els joves de l'estudi que són consumidors de substàncies mostren un estat d'ànim negatiu, relacions familiars regulars, un pitjor estat de salut autopercebut i un estat de salut mental límit o anormal.

Aquests resultats concorden amb d'altres treballs que assenyalen un inici precoç en l'experimentació amb les drogues en l'àmbit rural. Es conclou que les activitats de promoció i prevenció de la salut s'haurien de realitzar abans del primer contacte amb les diferents substàncies per retardar l'edat de la primera experimentació, potenciant habilitats que permetin al menor fer front a la pressió social i del grup d'iguals, a més de tenir en compte tots els factors de risc i a tots els agents influents en la població adolescent.

Paraules clau: adolescència, tabac, alcohol, cànnabis, factor de risc, prevalença¹

¹descriptors inclosos en el DeCS (Descriptors en Ciències de la Salut)

ABSTRACT

Drug abuse is a public health problem related to habits acquired in adolescence. The school environment is a suitable place to collect information about the behaviours and habits of teenagers. The aim of this study is to describe the pattern of tobacco, alcohol and cannabis consumption of 1st and 2nd ESO students in Santa Maria de Palautordera and Sant Esteve de Palautordera and its characteristics. From a descriptive, cross-section study with a sample of 207 students (average age: 12,8 years; DT: 0,73), 42,99% women, we can see what the model of consumption of these substances looks like in the early stages of adolescence. The results show that a high percentage of participants have had contact with alcohol (30,4%), with tobacco (13%) and with cannabis (4,4%). Some have experienced binge drinking (4,35%) and drunkenness (2,41%). Alcohol is the most consumed and most socially accepted drug. 55% of students have consumed alcohol in a family context and 41,7% in discos or bars. Most students associate alcohol with entertainment (69,4%) and with being an adult (33,2%). Half of the students have friends who smoke or drink alcohol and 1 of every 4 has friends who consume cannabis. Most claim that cannabis is dangerous (78%) and that tobacco and alcohol are only moderately dangerous (68% and 66,7%, respectively). It is worth noting that the substances-using teenagers who took part in this study tend to show a pessimistic frame of mind; they have average family relationships but they have a negative perception of their personal health status and a limited or abnormal mental health status. These results are consistent with other studies which indicate an early start of experimentation with drugs in rural areas. It concludes that promotion and health prevention activities should be undertaken before the first contact with different substances, with a view to delaying the age of first experimentation in order to improve the skills which would enable the youngster to cope with social and peer pressure, while taking into account all risk factors and influences which may affect teenagers.

Key words: adolescent, tobacco, ethanol, cannabis, risk factor, prevalence²

²descriptors including in MeSH (Medical Subject Headings)

1. INTRODUCCIÓ

1.1 Consum de tabac, alcohol i cànnabis i a l'adolescència

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (1), l'adolescència és un període comprès entre els 10 i els 19 anys. Es divideix en dues fases: la preadolescència (dels 10 als 14 anys) i l'adolescència tardana (dels 15 als 19 anys). És una etapa de traspàs i experimentació en les quals la persona es construeix en l'aspecte físic, psicològic, social, cognitiu i emocional. La importància de pertinença a un grup i les amistats és fonamental. El grup dóna impuls per atrevir-se a fer el que es considera prohibit o potencialment perillós. Això fa que sigui un període crític perquè s'hi estableixin comportaments que poden esdevenir hàbits, beneficiosos o perjudicials, per la resta de la vida (2).

El consum de substàncies psicoactives com el tabac, l'alcohol o drogues il·legals es considera un problema prioritari en Salut Pública ja que es relaciona amb un alt grau de morbidimortalitat previsible (3). A curt termini, els efectes de l'ús abusiu també s'associen amb lesions, violència, suïcidi, embaràs adolescent, malalties de transmissió sexual i problemes de salut mental (4). L'última enquesta estatal ESTUDES 2014/2015 (5), realitzada a Espanya en 37.486 estudiants de 14 a 18 anys, mostra que les drogues més consumides en aquesta franja d'edat són l'alcohol (76,8%), el tabac (31,4%) i el cànnabis (25,4%).

1.1.1 Tabac i cigarreta electrònica

El tabac pertany a l'espècie botànica *Nicotiana tabacum*, de la família de les *Solanàcies*, que té la propietat de sintetitzar nicotina. En cremar-se el tabac, aquest alcaloide passa al fum i el fumador, en inhalar-ho, rep un efecte plaent, que a la llarga crea addicció. Existeixen altres espècies derivades de la *Nicotiana* que també contenen alcaloides, però no posseeixen les propietats gustatives i fisiològiques de la nicotina. La manera més habitual per al consum humà és la cigarreta, que es consumeix per inhalació (6).

S'han identificat més de 5.300 compostos en el fum, com la nicotina, (de la que s'inhalen entre 1 i 2 mg en cada cigarreta) (7), el monòxid de carboni, més de 70 carcinògens, els radicals lliures, l'acetona, l'arsènic i el cianur, entre d'altres, tots amb capacitat d'alterar la salut i provocar malalties (8). Una d'aquestes substàncies químiques és l'acetaldehid, que incrementa les propietats de reforç de la nicotina i les seves propietats addictives (9).

La **cigarreta electrònica** (e-cigarretes) és un dispositiu constituït bàsicament per tres elements: la bateria, l'atomitzador i el cartutx (Figura 1). Aquests s'uneixen i formen un dispositiu amb l'aspecte d'una cigarreta. El cartutx està carregat amb líquid que pot contenir propilenglicol, glicerina i, en ocasions, nicotina. Quan el subjecte aspira, la bateria entra en funcionament, s'escalfa l'atomitzador, s'hi aboca el líquid i es converteix en vapor. Aquest

vapor és el que inhala el consumidor, i en ell s'hi han trobat formaldehid, acetaldehid, acroleïna i diversos metalls pesats (10).

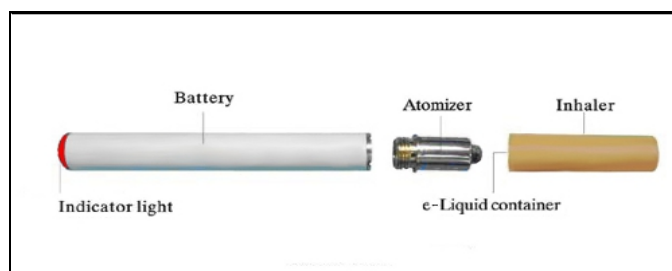


Figura 1: Parts d'una cigarreta electrònica (11)

El principal component d'una cigarreta electrònica és la nicotina, amb uns nivells que oscil·len entre 0 i 36 mg/ml. Les concentracions letals via oral o transdèrmica són de 30-60mg/ml en adults i de 10mg en nens. La variabilitat del contingut de nicotina de les e-cigarretes oscil·la entre un 1% i un 31% i, en ocasions, no es correspon amb el contingut anunciat pel fabricant (12, 13). El vapor que emeten conté substàncies químiques tòxiques com hidrocarburs o partícules fines, considerades els contaminants atmosfèrics més perillosos per a la salut de les persones.

Efectes i conseqüències del tabac

La nicotina és la responsable de l'addicció al tabac. Quan es fuma tabac, la nicotina arriba ràpidament als seus nivells màxims en el torrent sanguini i en un termini de 9-10 segons penetra en el cervell. En persones que no inhalen el fum, la nicotina s'absorbeix a través de les membranes mucoses i s'assoleixen els nivells màxims més lentament (9). Immediatament després de l'absorció, la nicotina produeix una activació de les glàndules adrenals i una descàrrega d'adrenalina que produeix estimulació corporal i descàrrega sobtada de glucosa, augment de la pressió arterial, la respiració i el ritme cardíac. El potencial addictiu també es deu al fet que produeix alliberament de dopamina a les regions del cervell que controlen les sensacions de plaer i benestar. La nicotina també crea tolerància (14). Això es tradueix en el desig de fer-ne un ús continuat malgrat la toxicitat, fet que suposa la dependència al tabac com una malaltia addictiva (15-17) (Annex 1, 2).

Fumar es relaciona directament amb més de 25 patologies i és la principal causa del 30% de tots els càncers. Pot provocar càncer de pulmó, laringe, boca, bufeta, ronyó, pàncrees i coll d'úter, entre d'altres, i també és la causa principal de la bronquitis crònica, emfisema, malaltia pulmonar obstructiva crònica, i malaltia cardiovascular i cardiopatia coronària (18). També potencia l'efecte d'altres factors de risc cardiovasculars com diabetis, hipertensió i dislipèmies (19).

No hi ha un umbral de seguretat amb el tabac. Un cigarret al dia es considera perjudicial i augmenta el risc de patir malalties en un futur; inclús en fumadors esporàdics s'ha

comprovat un augment del risc de malalties coronàries. En ambdós sexes, fumar 1-4 cigarretes al dia s'associa amb un risc significativament major de morir per cardiopatia isquèmica i, en dones, per càncer de pulmó (20). També hi ha més risc de patir malalties quan més alt és el seu consum (21).

El consum de tabac en els adolescents no només respon a les influències psicosocials. Un estudi amb animals suggereix raons biològiques que els fan més vulnerables i mostra que fumar de manera ocasional pot provocar en alguns d'aquests animals adolescents addicció al tabac, ja que són més sensibles als efectes de reforç de la nicotina -sola o combinada amb altres substàncies químiques de les cigarretes- comparat amb els models adults, i en consumeixen més, quan està disponible. Això augmenta la seva susceptibilitat a tornar-se addictes (22).

Efectes i conseqüències de la cigarreta electrònica

Encara es desconeixen els efectes a llarg termini però ja s'han donat els primers casos de pneumònia lipoide exògena (per l'acumulació de lípids en els alvèols pulmonars) i de fibrosis pulmonar associat quan hi ha ús elevat d'aquests dispositius (11, 23, 24).

Díez (25) afirma que l'ús de la cigarreta electrònica no té una seguretat demostrada ni a curt ni a llarg termini que avaluï el seu ús, ni tampoc hi ha estudis que demostrin la seva eficàcia com a eina per a la deshabituació, però sí és una porta d'entrada per l'inici a la dependència de la nicotina en els adolescents.

1.1.2 Alcohol

L'alcohol (alcohol etílic, etanol, alcohol vínic o alcohol de melasses) és un líquid incolor i volàtil d'olor agradable, que s'obté per la fermentació dels sucres o per la destil·lació, un mètode sintètic que es fa a partir de l'etilè. La fermentació dels sucres és el procés més comú i es realitza a partir de macerats de grans, sucres de fruites, mel, llet, patates o melasses, utilitzant llevats que contenen enzims catalitzadors que transformen els sucres complexos a senzills i a continuació en alcohol i diòxid de carboni. L'alcohol diluït s'usa en l'elaboració de les begudes o licors comercials i la concentració s'expressa en percentatge de contingut alcohòlic. El contingut d'alcohol en les begudes comercials de major consum en el nostre mitjà varia entre el 8% i el 50%, segons si són fermentades, d'alta graduació o aiguardents (26).

L'ús de begudes alcohòliques està lligat als esdeveniments socials de les civilitzacions occidentals des de temps immemorials, i es considera la droga per excel·lència de la cultura mediterrània (27). De fet, l'alcohol etílic és la substància psicoactiva d'ús més estès i

generalitzat al món i, junt amb la nicotina, ha estat l'única droga permesa en gairebé totes les cultures i regions geogràfiques, a excepció dels pobles musulmans (26).

L'alcohol s'ingereix a través de determinades begudes que contenen percentatges variables d'alcohol etílic. Un cop a l'organisme, produeix dilatació dels vasos sanguinis perifèrics i descens de la temperatura corporal. Si la ingestió és petita, augmenta la secreció gàstrica, però si és elevada, la inhibeix i produeix irritació de la mucosa gàstrica, que pot provocar gastritis, vòmits i diarrea, entre d'altres. Si l'estómac està buit, l'alcohol el travessa ràpidament i passa al duodè i a l'intestí prim, on s'absorbeix i passa a la circulació sanguínia. Si l'estómac està ple, el procés és més lent. Els sucus gàstrics o intestinals no transformen l'alcohol, sinó que passa directament i de manera ràpida a la sang i als teixits. No obstant, només el fetge és capaç de metabolitzar-lo. L'organisme no pot emmagatzemar-lo i s'elimina una petita quantitat a través de l'orina, la suor o la respiració (entre l'1% i el 5%) (27).

Efectes i conseqüències del consum d'alcohol

El consum –ocasional, habitual, abusiú o addictiu–, està relacionat amb problemes socials, com l'increment de violència en el nucli familiar i, en general, augment en la freqüència d'accidents, així com un augment de l'índex d'absentisme escolar i laboral amb disminució del rendiment acadèmic i de productivitat (28).

El càlcul de l'alcohol consumit pot fer-se quantificant en unitats de beguda estàndards (UBE). A Espanya, una UBE equival a 10 grams d'etanol pur i es correspon a una copa de vi, una cervesa, un cigaló o un xarrup. Un combinat (cubata, gintònic, etc.), una copa de whisky, vodka o qualsevol altre licor es consideren dues UBE (29). El consum mig regular, descrit per Anderson (30), és de 20 a 40 grams d'alcohol al dia per dones, i de 40 a 60 grams per homes. El consum perjudicial es correspon amb el consum mig regular de 40 grams diaris per dones, i més de 60 grams diaris per homes; i el consum excessiu és, per qualsevol adult, d'almenys 60 grams en una sola sessió. La Taula 1 resumeix el nivell de risc en el consum d'alcohol.

Taula 1: Nivells de risc en el consum d'alcohol

Nivell de risc	Criteri diagnòstic
Abstemi	Sense consum habitual
Bevedor moderat	<17 UBE/setmana home <11 UBE/setmana dona
Bevedor de risc	>28 UBE/setmana home >17 UBE setmana dona Ingesta de 5 UBE en una sola ocasió en l'últim mes

Adaptació d'Anderson P (30)

En menors -fins els 18 anys d'acord amb l'àmbit legislatiu- qualsevol consum es considera de risc. És complicat determinar quan el consum adolescent és problemàtic, ja que perquè es manifestin seqüeles físiques cal que s'hagi abusat de la substància durant un temps. Les principals conseqüències de l'abús d'alcohol són: intoxicació etílica aguda que pot desembocar en coma i mort, sexe no planificat, accidents de trànsit, problemes legals derivats de conductes delictives, intents de suïcidi i consum d'altres drogues (31-35).

Segons l'OMS (36), cada any moren a tot el món 3,3 milions de persones a causa del consum nociu d'alcohol, i representa el 5,9% de totes les defuncions. Al seu consum se li pot atribuir el 5,1% de la càrrega mundial de morbiditat i lesions.

1.1.3 Cànnabis

La ***Cannabis sativa*** (Taula 2) és una planta anual que pertany al gènere de les moràcies, però que de vegades se l'ha considerat, amb el llúpol, de la família de les cannabàcies. Se n'han descrit més de 100 varietats diferents (37). Els compostos químics identificats són més de quatre-cents. Varien en nombre i en quantitat segons el clima, tipus de sòl, la varietat i la manera en què s'ha conreat. Aquestes variacions també depenen de la part de la planta que s'ha utilitzat per l'extracció, de com es prepara la droga per consumir i de les condicions d'emmagatzematge. Uns 60 d'aquests compostos, amb una estructura química comuna, s'han identificat com a cannabinoides (38). D'aquests, els tres que tenen més efectes psicoactius són el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC), el cannabinol i el cannabidiol.

Segons Ramos i Fernández (40), s'utilitzen tres tipus de preparació. **Bhang**, que s'obté de les fulles i dels extrems secs de la planta no cultivada i que té baix contingut en resina; **Ganja**, de les fulles i dels extrems superiors de les plantes cultivades i que té més contingut de resina que l'anterior. La preparació que s'obté d'aquestes dues s'anomena marihuana. I, per últim, **Charas** o haixix (Figura 3), que es prepara a partir de la pròpia resina i que té un contingut psicoactiu entre 5 i 10 vegades superior que les dues anteriors. Els avenços en genètica i tècniques de cultiu en hivernacles han augmentat el contingut de THC en algunes plantes, com el cànem holandès (*Netherweed*), que pot arribar a concentracions del 20%.



Figura 2: *Cannabis sativa* (39)



Figura 3: Haixix

La porta d'entrada a l'organisme determina el grau d'absorció dels cannabinoides i la velocitat de difusió. La manera més habitual de consum és en forma de cigarretes, que fa que els cannabinoides s'absorbeixin amb altres components químics del fum. S'emmagatzema al teixit adipós i una mínima part arriba al cervell. A partir del teixit adipós, s'allibera de forma lenta, fet que produeix que es prolongui la seva presència a la sang i els seus efectes sobre l'organisme durant alguns dies (40).

Efectes i conseqüències del consum de cànnabis

El consum de cànnabis té conseqüències físiques, psicològiques i socials (41, 42). A nivell físic, provoca efectes nocius aguts i crònics. Els efectes aguts sobre el cervell es tradueixen en retard en la cognició i alentiment psicomotor, inclús 24 hores després del seu consum. Sobre el sistema respiratori provoca una broncodilatació seguida d'una lleu obstrucció. A nivell cardiovascular, a través d'un mecanisme de predomini vagal, pot causar desmaigs per la disminució del flux sanguini cerebral i de la pressió arterial; també s'ha associat a vasoespasme i, inclús, s'han reportat casos d'infart de miocardi en joves consumidors aparentment sans i taquiarrítmies (43-46). El consum de cànnabis altera l'eix hipotàlam-hipofisari-adrenal i les hormones responsables del sistema reproductor i de la maduració sexual; a l'aparell respiratori, l'ús crònic provoca bronquitis obstructiva, tos crònica i canvis precancerígens en el teixit pulmonar. En estudis experimentals s'ha vist que l'exposició prolongada al fum del cànnabis s'associa amb un augment del risc d'invasió maligna similar a la que provoca el tabac (43).

A nivell psicològic, pot disminuir el rendiment escolar en els joves. És probable que això reflecteixi el context social en el qual el cànnabis s'utilitza, en comptes de ser un efecte directe sobre la capacitat cognitiva (memòria, atenció i aprenentatge) o la motivació (47).

Un estudi realitzat a Munic (48), amb una mostra de joves ($n=2437$), 51,3% homes, amb una edat mitjana de 18,3 anys (DT: 3,3), amb i sense predisposició a la psicosi, observa que, significativament, el consum de cànnabis augmenta de manera moderada el risc de patir símptomes psicòtics, amb efecte molt més fort en aquells que tenen predisposició a aquest tipus de trastorn mental. Un altre treball realitzat al mateix any al Regne Unit (49) assenyala que, tant per la psicosi com pel desenvolupament de símptomes psicòtics, el cànnabis és un factor de risc independent sobretot en grups vulnerables, com les persones que han consumit cànnabis durant l'adolescència, els que han presentat prèviament símptomes psicòtics, i aquells amb alt risc genètic de desenvolupar esquizofrènia.

Arseneault et al. (50) han observat que l'ús del cànnabis en l'adolescència incrementa la probabilitat d'experimentar símptomes d'esquizofrènia a l'edat adulta, inclús quan el consum no és secundari a la psicosi preexistent; i que un consum precoç (15 anys o menys)

augmenta en quatre vegades la possibilitat de tenir un diagnòstic de trastorn esquizofrènic als 26 anys. Altres riscos associats, sobretot en persones amb sistema immunològic deprimat, estan relacionats amb plantes contaminades amb el bacteri *Salmonella* (51) i amb el fong *Aspergillus* (52), que poden provocar salmonel·losi i aspergil·losi. En aquest sentit, també s'han reportat alguns casos de contaminació per herbicides (53) i per insecticides organofosforats (40).

Ashton (54) assenyala que els consumidors cada cop són més joves, que l'utilitzen durant períodes més llargs de temps i que prefereixen preparacions del cànnabis més potents. Això fa preveure que augmentin els riscos associats i, possiblement, també la progressió cap al consum d'altres drogues il·legals.

1.1.4 Policonsum

El policonsum es defineix com el consum concomitant o consecutiu de diferents drogues, legals o il·legals. En l'adolescència, està identificat com un factor de risc per un consum problemàtic de substàncies, així com per a la dependència (55,56). El consum de més d'una substància, un fenomen comú entre els joves europeus, pot tenir diferents motivacions, sigui per potenciar al màxim l'experiència amb altres substàncies il·legals o per compensar els efectes negatius d'alguna d'elles. Amb tot, el policonsum és un reflex de la disponibilitat de drogues i de les pautes de consum en determinats entorns (55, 56, 57).

Segons els resultats de l'ESTUDES 2012/2013 (58), el policonsum és un patró que cada vegada es fa més extensiu entre els adolescents espanyols de 14 a 18 anys (el 35% consumeix més d'una droga). En una mostra de 27.503 joves, els factors que s'associen a una major prevalença són: la percepció d'un major nombre d'amics-iguals consumidors (88,6%), sortir de nit i arribar més tard (49,5%) i la baixa percepció de perillositat de les substàncies (les conductes valorades com de menor risc són les relacionades amb el consum d'alcohol: el 47,5% creuen que consumir 5 o 6 begudes alcohòliques en cap de setmana pot provocar molts o bastants problemes).

El policonsum pot derivar en problemes de salut, baix rendiment escolar, sexe no planificat, problemes legals, intoxicació etílica aguda, accidents de trànsit, problemes afectius, i el consum d'altres drogues (55, 56, 57).

Un estudi realitzat a Madrid l'any 2005 (59) amb una mostra de 6.280 adolescents de 12 a 24 anys va trobar que el policonsum regular o consum de dues o més substàncies alhora l'últim mes s'associa significativament amb haver consumit precoçment alguna de les tres substàncies (tabac, alcohol, cànnabis), i la força d'associació s'incrementa a mesura que

augmenta el número de drogues d'experimentació precoç. Segons aquest estudi (59), el 55,7% dels experimentadors prematurs de les tres substàncies presenta policonsum.

1.2 Epidemiologia del consum de tabac, alcohol i cànnabis en els adolescents

1.2.1 Tabac

Als **països de l'Europa occidental**, més del 50% dels joves de 14 a 18 anys ha provat el tabac, però el seu consum tendeix a disminuir, el contrari del que passa en països amb economies emergents, com la Índia o Xina, on el consum segueix incrementant. A la **Unió Europea (UE)**, segons l'últim informe de l'*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD 2011) (60), el 29% dels escolars de 15 a 16 anys ha consumit tabac els últims 30 dies i s'observen oscil·lacions dins d'una tendència decreixent: entre 1995 i 2007 es va produir un descens del 4% en el consum de tabac entre els adolescents d'aquesta franja d'edat que, a causa dels diferents estadis de l'epidèmia del tabaquisme, ha estat més acusada en els països del nord. Els països europeus amb la prevalença de consum de tabac més alta, els últims 30 dies, són Àustria, Bulgària, la República Txeca i Letònia (40%-45%), i entre els que mostren una baixa prevalença s'hi troben Armènia, Islàndia, Noruega i Portugal (7%–19%). Malgrat que no s'observa una pauta geogràfica marcada, en l'actualitat, el major consum s'observa als països del centre i de l'est.

Per altra banda, l'últim estudi, realitzat l'any 2012, sobre l'ús i experimentació amb les drogues en menors d'11 a 15 anys del *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study* (61), apunta que la prevalença de fumadors habituals en aquesta edat oscil·la del 7% al 14% en la majoria dels països europeus, essent més alta a Alemanya (18%) i Estònia (17%) i menor a Turquia (3%) i Grècia (4%). En més de la meitat dels països, són els nois els més fumadors, però en 12 països, el percentatge de les adolescents dones és igual o superior.

Els resultats de l'enquesta ESTUDES 2012/2013 (5) mostren que, a **Espanya**, la prevalença en el consum de tabac en els escolars de 14 a 18 anys en l'últim any era del 33,1% en els nois i del 37,5% en les noies, (a l'edició 2014/2015, del 29,6% i del 33,25%, respectivament) els més alts de la UE. El consum diari està més estès entre les noies de 14-18 anys (13,1%) que entre els nois (12%), tot i que s'observa que les noies fumadores fumen de mitjana un nombre menor de cigarretes comparat amb els nois de la mateixa franja d'edat (6 cigarretes/dia vs 6,4 cigarretes/dia, respectivament). Des de 2004 ha anat disminuint el nombre de cigarretes entre els fumadors diaris i, tot i que hi va haver una remuntada el 2010 i el 2012, les xifres es mantenen per sota de les de l'any 2004 (8,1 cigarretes diàries per nois vs 7,5 cigarretes diàries per les noies). No obstant, hi ha variabilitat entre comunitats

autònomes: destaca Aragó, on un 39,8% dels estudiants ha fumat l'últim mes i un 22,57% assegura fumar cada dia, i Madrid, on un 31,3% ha fumat l'últim mes i un 13,8% fuma cada dia (11,9% homes i 15,7% dones); i, a l'altre extrem, Canàries, amb un 22,1% d'estudiants que ha fumat l'últim mes i un 6,3% que fuma cada dia, o Melilla, amb un 15,8% que afirma que ha fumat l'últim mes i un 7,8% que fuma cada dia. Destaca la percepció de risc davant del consum diari que tenen els mateixos estudiants i que és molt elevada: prop del 90% dels joves creu que fumar pot produir molts problemes de salut.

Un estudi de Villalbí et al. (62) mostra com la prevalença de fumadors diaris en l'adolescència (de 15 i 16 anys) es manté entre percentatges d'entre 8,5% i 13,3% pel nois i 12,7% i 16,4% per les noies, malgrat els resultats estimen un declivi anual del tabaquisme en l'adolescència del 6,47% per als nois i 6,96% per a les noies.

Segons els resultats d'ESTUDES 2012/2013 per a **Catalunya** (63) (n= 2.353; nois: 51,4%, edat entre 14 i 18 anys) el tabac és la droga més primerenca entre els estudiants de 14 i 15 anys i la segona substància més consumida, després de l'alcohol, en el grup de 14 a 18 anys. El 33,15% dels estudiants de 14 anys i el 37% dels 15 anys han provat alguna vegada el tabac, i els fumadors habituals s'estableixen entre els 14,4 i als 14,5 anys, un any després de l'inici del consum. L'any 2013, el 45,5% dels estudiants de 14 a 18 anys afirmava haver fumat tabac alguna vegada, el 37% durant els últims dotze mesos, i el 28,1% durant els últims trenta dies. Els trenta dies previs a l'enquesta, més de la meitat dels estudiants (59,7%) han conviscut amb alguna persona fumadora, un 21,9% ha vist fumar cada dia o gairebé cada dia a professors dins del recinte del centre educatiu i un 44,5% dels alumnes han vist fumar a estudiants dins del recinte del centre educatiu.

1.2.2 Cigarreta electrònica

Un dels països que més estudis ha desenvolupat en població adolescent en relació amb l'ús de la cigarreta electrònica (e-cigarreta) és **EUA**. Un treball (64) realitzat l'any 2012, en una mostra de 24.658 estudiants d'entre 11 i 18 anys, assenyala que el seu ús habitual s'ha duplicat en només un any: d'un 3,3% l'any 2011 ha passat al 6,8% el 2012. A més, els resultats de 2012 mostren que els usuaris de la e-cigarreta són fumadors habituals i només el 9,3% no ha fumat tabac convencional mai. La *National Youth Tobacco Survey* de 2013 (65), realitzada entre estudiants de 14 a 18 anys, observa una tendència a l'alça entre els adolescents: l'any 2011, un 1,5% va informar haver consumit una cigarreta electrònica almenys una vegada a la vida, i el 2012, aquest percentatge va augmentar fins el 2,8%. Els autors estimen que prop de 160.000 joves que l'han provat mai no havien provat el tabac tradicional abans.

També l'any 2012, els resultats d'un estudi realitzat a **París** (66) a una mostra de 3.490 estudiants de 12 a 19 anys (49,5% noies) mostren que el 8,1% havia provat les e-cigarretes amb una prevalença que oscil·la entre el 4,4% entre els no fumadors fins un 33,4% dels fumadors habituals. Per edats, el percentatge d'experimentació va ser del 6,4% entre els escolars de 12 a 14 anys (el 64,4% no fumadors de tabac convencional); el 11,8% entre els escolars de 15 i 16 anys i el 9% entre els major de 17 anys (el 12,4% no fumadors). Per al conjunt de la població estudiada, el 33,2% dels que havien experimentat amb les e-cigarretes eren no fumadors, el 22,7% fumadors ocasionals, el 3,6% ex fumadors i el 40,4% fumadors de tabac diari. L'experimentació amb e-cigarretes va ser més freqüent en estudiants que consumien cànnabis en el grup de 12 a 15 anys i molt més freqüent en el de 16 a 19 anys.

L'any 2015, en un estudi realitzat al **Regne Unit** (67) amb una mostra d'estudiants (n=16.193) d'edats compreses entre els 14 als 17 anys i on el 52,9% eren noies, els resultats obtinguts mostren que el 19,2% ha tingut accés a les e-cigarretes, més els nois que les noies (20,8% i 17,7%, respectivament). D'aquests, el 35,8% eren fumadors habituals (el 75,8% eren fumadors de més de 5 cigarretes al dia), el 23,3% havia provat abans el tabac però no li havia agradat, el 13,6% era ex fumador, i el 15,8% mai havia fumat tabac. L'accés a la e-cigarreta es va associar significativament amb el sexe masculí, tenir 17 anys, conviure amb adults fumadors i el consum d'alcohol (11,6% només fumava quan bevia alcohol). Els adolescents que beuen alcohol tenen més probabilitats d'haver utilitzat les e-cigarretes que els no bevedors (23,7% vs 9,3%; $p < 0,001$), amb una prevalença creixent de de menys d'1 de cada 10 en abstemis o bevedors regulars ocasionals al 41,9% en bevedors regulars o aquells que fan un consum intensiu.

La “Declaración Oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre la eficacia, la seguridad y la regulación de los cigarrillos Electrónicos” (12) assenyala que en els últims anys l'ús d'aquests dispositius entre els joves ha tingut un creixement exponencial, tant en el fet de consumir-los de forma habitual com en el de provar-los per primera vegada.

1.2.3 Alcohol

Segons l'última edició de l'ESPAD (60) realitzada en 36 països europeus amb una mostra (n=103.076) d'estudiants entre els 15 i 16 anys (51,32% nois), observa que molts **joves europeus** proven l'alcohol de manera prematura: en $\frac{3}{4}$ parts dels països, la meitat dels estudiants declara que als 13 anys o menys ja havia begut almenys un got d'alguna beguda alcohòlica. La proporció mitjana d'estudiants que afirma haver-se emborratxat als 13 anys o

menys era del 12%, tot i que aquesta xifra difereix substancialment segons el país. En els països Bàltics el percentatge és superior (32% a Estònia i 25% a Letònia). La resta de països -Grècia, Islàndia, Itàlia, Mònaco, Montenegro i Noruega- mostren percentatges iguals o inferiors al 5%. Malgrat que els nois manifesten més intoxicacions etíliques que les noies en la major part dels països, els resultats entre sexes són similars tant en els països de la part occidental europea, com en els nòrdics (les Illes Fèroe, Finlàndia, Islàndia i Suècia), i en els de la zona de Flandes (Bèlgica), Liechtenstein, Mònaco i Portugal.

A **Espanya**, L'ESTUDES 2012/2013 (58) va posar de manifest l'augment del consum d'aquesta substància en els joves de 14 i 15 anys, i com el seu consum intensiu s'associa a major ús d'altres drogues il·legals (policonsum). Destaca la baixa percepció de risc del consum d'alcohol i la facilitat per obtenir-lo que tenen els menors de 18 anys. I la tendència de consum augmenta: l'any 2010, 75,1% dels joves enquestats de 14-18 anys havien experimentat amb alcohol, el 73,6% n'havia consumit els últims 12 mesos i el 63% n'havia consumit l'últim mes; l'any 2012 els percentatges van ser del 83,9%, 81,96% i 74,0%, respectivament. Més de la meitat dels joves de 16 anys afirmava haver-se emborratxat durant l'últim any, i el percentatge augmentava amb l'edat. Als 14, 15 i 16 anys, el percentatge de noies que es van emborratxar (29,2%, 44,6% i 54,1%, respectivament) va ser més gran que el de nois (23,1%, 35,5% i 52,6%, respectivament). I malgrat la tendència global creixent de les borratxeres a Espanya, el 2012 disminueix el percentatge de joves d'entre 14 i 18 anys que s'ha emborratxat, essent del 30% en l'últim mes, davant del 35,6% de l'edició anterior (2010).

Els resultats preliminars de l'última enquesta ESTUDES 2014/2015 (5), en una mostra de 37.486 estudiants de 14 a 18 anys, mostra una petita milloria en la proporció de consumidors d'alcohol en els últims dotze mesos, essent del 76,8% al 2014, amb un percentatge més alt entre les noies que entre els nois (78,2% vs 75,3%). Durant l'últim any, l'1,7% n'ha consumit de manera diària els últims 30 dies (el 0,9% dels estudiants de 14 anys i el 2,4% al 17 anys. Els resultats de l'enquesta ESTUDES 2012/2013 (58) respecte al consum d'alcohol entre adolescents de 14 a 18 anys a **Catalunya**, es mostren a la Taula 2.

Taula 2: Característiques del consum d'alcohol entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys a Catalunya l'any 2012

	Homes	Dones	Total
Prevalença del consum alguna vegada a la vida (%)	78,3	81,3	79,8
Edat mitjana d'inici del consum (anys)	13,8	14,0	13,9
Edat mitjana d'inici del consum setmanal (anys)	15,4	15,2	15,3
Nombre de dies que es van emborratjar els últims trenta dies			
D'1 a 2 dies (%)	18,0	19,8	18,9
De 3 a 5 dies (%)	8,3	5,2	6,8
Més de 5 dies (%)	2,4	1,2	1,8

Adaptació d'ESTUDES 2012/2013 (58)

Ingesta massiva d'alcohol o *Binge drinking*

Segons l'ESPAD 2011 (60), el 39% dels **estudiants europeus** d'entre 15 i 16 anys van informar d'haver fet un consum intensiu d'alcohol o *binge drinking* -consum de 5 o més unitats de beguda estàndard, 4 o més per a les dones en un temps de dues hores (69)- durant els últims 30 dies i el 14% va manifestar que havia fet *binge drinking* almenys tres cops en l'últim mes. Aquest comportament el seguien més nois (43%) que noies (38%). Els països europeus on els estudiants declaraven aquest comportament de manera més freqüent van ser a Dinamarca i a Malta (56%), seguits de Croàcia, la República Txeca, Estònia, Eslovènia, el Regne Unit i Eslovàquia (entre el 50% i el 54%).

A **Espanya**, els resultats de l'última enquesta ESTUDES 2014/2015 (5) mostren que el 14,2% dels estudiants de 14 anys i el 24,5% dels de 15 anys ha fet *binge drinking* l'últim mes, i el percentatge augmenta amb l'edat fins als 18 anys, amb un 50,6%. El 34,9% i el 51,2% dels estudiants de 14 i 15 anys, respectivament, afirmen haver fet un consum intensiu d'alcohol durant l'últim any, com a mínim una vegada. A l'ESTUDES 2012/2013 (58) mostrava que, als 14 i 15 anys, les noies (22,1% i 32,6%, respectivament) havien fet més *binge drinking* durant l'últim mes que els nois (18,4% i 28,2%, respectivament). Els llocs més habituals on els joves de 14 a 18 anys han aconseguit l'alcohol són els supermercats (61,8%), bars i pubs (57,7%). El 60% dels menors de 18 anys han consumit en bars/pubs i el 50% en discoteques.

Els resultats de l'ESTUDES 2012/2013 a **Catalunya** (63) mostren que el 33,8% dels joves entre els 14 als 18 anys (37,2% en els nois vs 30,1% en les noies) van declarar haver fet *binge drinking* durant els darrers trenta dies. Aquest percentatge també s'incrementa amb l'edat: el 17% als 14 anys i el 50,9% als 18 anys. El 7,9% dels estudiants va fer un consum intensiu d'alcohol quatre dies o més durant l'últim mes. A Catalunya, els joves de 14 a 18

anys declaren que aconseguixen les begudes alcohòliques a discoteques (31,8%), supermercats (31,5%) i bars o pubs (29,5%).

Un estudi realitzat a les comarques de la Catalunya central (69), en una mostra d'estudiants de 15 i 16 anys (n=1268; 51,49% nois) observa que l'alcohol és la substància més consumida i que el seu consum de risc és diferent segons l'àmbit de residència: els que viuen en l'àmbit rural s'han emborratxat o han fet *binge drinking* amb més freqüència que els que viuen en zones urbanes (59,6% vs 49,8%) .

1.2.4 Cànnabis

Segons els resultats de l' ESPAD 2011 (60), la prevalença del consum de cànnabis entre els **menors europeus** de 15 anys oscil·la entre el 0% i el 8%. Entre els estudiants de 15 i 16 anys, el cànnabis va ser la droga il·legal més consumida. El 24% dels participants declaraven haver-la consumit alguna vegada (des d'un 4% a Albània, Bòsnia i Hercegovina o un 5 % a Noruega, Moldàvia i Montenegro fins a un 42% a la República Txeca). Més nois que noies, dels 36 països europeus inclosos en l'ESPAD, van manifestar haver experimentat amb el cànnabis (19% vs 14%) (60). La mitjana europea en el consum de cànnabis en els últims 12 mesos va ser d'un 15% en nois i d'un 11% en noies (13% del total estudiants). D'acord amb les dades de l'estudi citat, el percentatge més alt d'estudiants que van consumir cànnabis en els 30 últims dies correspon a França (24%) i a Mònaco (21%), seguit pel Regne Unit (18%) i la República Txeca i Espanya (15% en ambdós països). Només un 7% van afirmar que no n'havien consumit en els últims 30 dies. Aproximadament el 10% de tots els estudiants havien consumit cànnabis almenys una vegada a la setmana durant el període en qüestió. El consum de cànnabis durant els 30 dies anteriors a l'enquesta va ser més alta en nois que en noies (8% i 5%, respectivament) i molt similar a la majoria dels països participants en l'estudi.

Malgrat que el cànnabis és la droga il·legal que consumeix un major nombre de joves a **Espanya**, l'edició de l'ESTUDES 2012/2013 (58) assenyalava una tendència descendent des de 2004 (un 42,7% del joves entre 14 i 18 anys que havien experimentat amb cànnabis, un 35,2% al 2008 i un 33% al 2010) que s'invertia lleugerament al 2012 (amb un 33,6% dels joves van experimentar amb aquesta substància), però que torna a presentar una disminució en l'edició de l'ESTUDES 2014/2015 (5), amb un 29,1%. Segons els resultats d'aquest estudi, durant l'últim any han començat a consumir cànnabis 146.200 estudiants d'aquesta franja d'edat. A **Catalunya** (63), el cànnabis és una de les drogues il·legals que es comença a consumir més aviat. La Taula 3 mostra les característiques generals en el consum del cànnabis entre els estudiants espanyols d'educació secundària de 14 a 18 anys l'any 2012.

Taula 3: Característiques del consum de cànnabis entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys a Catalunya l'any 2012

	Homes	Dones	Total
Prevalença del consum d'alguna vegada a la vida (%)	38,1	32,7	35,5
Edat mitjana d'inici del consum (anys)	14,6	14,9	14,7
Prevalença del consum els últims dotze mesos (%)	31,1	25,8	28,5
Prevalença del consum els últims trenta dies (%)	19,9	13,8	17,0
Prevalença del consum diari o gairebé, durant l'últim any(%)	3,7	1,7	2,8
Freqüència del consum els últims trenta dies (%)			
D'1 a 2 dies	7,3	7,2	7,3
De 3 a 5 dies	3,9	2,2	3,1
De 6 a 9 dies	2,8	1,2	2,0
De 10 a 19 dies	2,2	1,5	1,9
20 dies o més	3,7	1,7	2,8

Adaptació d'ESTUDES 2012/2013 (58)

Un treball fet a Barcelona (70), amb una mostra d'estudiants de 3r d'ESO (n=2.043; 50,7% nois) amb una edat mitjana de 14,6 anys (DT=0,7) assenyala que el 37,5% dels joves declara haver experimentat amb el cànnabis, un 10% l'últim mes. El 60,3% l'ha provat al carrer o al parc, i l'ha obtingut dels amics o companys (88,4%) i la majoria sense pagar (92,3%). La principal raó per iniciar-ne el consum va ser la curiositat.

Un estudi realitzat a la comarca de la Selva (Girona) durant el curs 2011-2012 (71), amb una mostra de 321 estudiants (50,46% nois) de 3r i 4t d'ESO (edat mitjana 15 anys; DT=0,77), observa que l'11,1% dels nois i el 8,2% de les noies consumeixen cànnabis, que és la segona substància més consumida després del tabac (27,2% dels nois i 30,2% de les noies) i que el principal motiu d'iniciació en aquest consum és l'experimentació.

En substàncies com l'alcohol i el cànnabis, s'han proposat eines per destriar quin és el **consum que es pot considerar de major risc** o que permeti detectar que hi ha un trastorn, com el consum nociu, l'abús o la dependència, com el *Cannabis Abuse Screening Test* (72, Annex 1).

A Espanya, segons l'última edició de l'ESTUDES 2014/2015 (5), el 7,9% dels joves de 14 anys i el 18,2% dels de 18 anys presenta un **consum de risc**. Aquest aspecte és un indicador de problemes associats al consum de drogues, i s'ha observat que aquesta substància està molt present en els serveis de tractaments per drogues i en els serveis d'urgències hospitalàries.

1.2.5 Policonsum

Segons els resultats de l'ESPAD 2011 (60), la prevalença global del consum de més de dues drogues en **estudiants europeus** ha estat del 9% i la del consum de més de tres substàncies, del 3,5%. Dos terços dels consumidors de varies drogues (alcohol, cànnabis i

altres) declarava ser fumador habitual de tabac. I en els estudiants consumidors, una tendència a l'alça era el consum de cànnabis, sol o amb alcohol i tabac.

L'enquesta ESTUDES 2012/2013 (58) assenyala que els **estudiants espanyols** d'entre 14 i 18 anys que consumeixen drogues sovint no n'han consumit només una, i que hi ha una relació molt estreta entre el consum d'alcohol, tabac i cànnabis de forma simultània. Els resultats indiquen que el 35% dels estudiants ha consumit més d'una substància. El consum d'alcohol, si es fa de manera intensiva (*binge drinking*) o en forma de borratxeres, s'associa a una major prevalença en el consum d'altres drogues. Gairebé la totalitat (98,2%) dels estudiants de 14 a 18 anys que havien fumat tabac en el darrer any també havien begut alcohol, i més de la meitat (60%) havien consumit cànnabis.

Un estudi realitzat a la província de Valladolid l'any 2012 (73) amb una mostra d'estudiants (n=2.412) d'entre 13 i 18 anys assenyala que un 77,2% dels enquestats havia pres begudes alcohòliques alguna vegada a la vida, un 36,7% havia fumat tabac, un 17% havia consumit cànnabis, i el 8,5% havia consumit altres drogues il·legals. Amb 12 anys o menys, un 18,95% dels estudiants havia experimentat amb l'alcohol, un 9,58 % amb el tabac i un 1,78% amb altres drogues. El 22% dels joves de 13 a 18 no havia consumit mai cap substància; el 39,7% n'havia consumit una sola; el 23,3%, dues; el 38,3% n' havia consumit dues o més; i l' 11,1%, tres; i la resta, més de tres. L'alcohol va estar present en la majoria dels joves policonsumidors (més del 90%). Entre els que consumien tres substàncies (11,1%), el 10,7% corresponia a l'alcohol, el tabac i el cànnabis.

A **Catalunya**, els resultats de l'ESTUDES 2012/2013 (63) mostren que, durant l'últim mes, un 39,3% d'estudiants de 14 a 18 anys va consumir una substància; un 33,9%, dues o més; i un 26,8% dels estudiants no en va prendre cap. El 97,1% dels estudiants que van consumir tabac en l'últim any també va consumir alcohol, i el 62,7% també cànnabis.

Els resultats de l'última enquesta sobre factors de risc en estudiants de secundària (FRESC, 2012) a la ciutat de **Barcelona** (74), assenyalen que la proporció d'alumnes que alguna vegada ha consumit alcohol i cànnabis en un període de temps inferior a 2 hores augmenta amb l'edat i és més elevat en nois que en noies a 2n d'ESO (5,3% vs 2,9%); a 4t d'ESO (16,7% vs 16,6%); i a Batxillerat i cicles formatius (35,6% vs 27,9%).

1.3 Edat d'inici

L'edat d'inici de consum a les diferents substàncies és una variable molt estudiada, sobretot en població adolescent, ja que assenyala el moment més òptim per començar accions preventives eficaces. L'edat d'inici és un indicador de les tendències en el consum de risc en aquest grup de població. No obstant, per establir quines edats es consideren precoces, cal

tenir en compte el context geogràfic i sociocultural així com la tendència de consum en cada país, ja que hi ha diferències importants en el consum de la mateixa droga segons contextos i cultures. L'edat d'inici en el consum de drogues legals i el cànnabis oscil·la entre els 11 i els 18 anys. S'han identificat diversos factors de risc relacionats amb l'inici de consum de tabac, alcohol i cànnabis, entre els que se'n destaquen factors individuals (edat, sexe i rendiment escolar); factors familiars (consum del pare o germans, problemàtiques familiars, vigilància i relació amb els progenitors); factors d'influència social i de l'entorn (disponibilitat de les substàncies) (75-77). Segons model d'escalada de Kandel et al. (78), les drogues legals són un factor predictiu en l'ús de cànnabis i la progressió cap el consum d'altres drogues il·legals.

En un treball de Guxens et al. (79) es van determinar els factors que tenien una major incidència amb l'inici del consum de cànnabis. Un d'ells és el sexe masculí, que s'explica perquè els nois tenen més oportunitats d'iniciar-se en el consum. Aquest treball assenyala que característiques individuals com l'edat, un baix rendiment acadèmic, mostrar una conducta antisocial, pertànyer a una família monoparental, tenir una relació problemàtica amb els progenitors i una disciplina parental estricta també ho són, així com factors relacionats amb l'entorn com la influència dels amics i la disponibilitat de les drogues en el seu medi habitual.

Haver patit fets vitals negatius durant la infantesa també prediu el consum de drogues en els adolescents, més quan succeeixen amb elevada freqüència. I s'associen especialment a consum de tabac (81), alcohol (82) i altres drogues (83). Un menor nivell socioeconòmic familiar en la infància i l'adolescència també es relaciona amb l'inici precoç, malgrat aquest últim punt és molt discutit (83,84).

L'edat d'inici a la UE varia molt entre els diferents països. Encara que el consum de drogues estigui relacionat amb el nivell socioeconòmic, és important tenir en compte la política de drogues de cada país. De fet, el treball de Degenhardt et al. (83), realitzat l'any 2008 a 17 països en una mostra d'adults (n= 85.052), suggereix que unes polítiques més estrictes en l'ús de drogues il·legals no es relacionen amb els nivells més baixos de consum, comparat amb els països amb polítiques més lliberals. Els EUA, amb una política de drogues il·legals més punitiva, té els majors nivells de consum cànnabis en joves de 15 anys (20%). En canvi, els Països Baixos, amb un enfocament penal menys punitiu, amb polítiques de possessió i ús responsable, destaca amb uns nivells més baixos de consum en cànnabis, sobretot entre els adults més joves (als 15 anys, només un 7% ha consumit cànnabis). A l'edició de l'any 2011, els resultats de l'ESPAD (60) evidencien que un 31% dels estudiants europeus d'entre 15 i 16 anys ja havia **fumat una cigarreta** abans dels 13 anys, malgrat que

aquesta xifra varia molt entre països. A la majoria de països, més nois (34%) que noies (24%) han fumats algun cop a la seva vida abans dels 13 anys. Els percentatges més alts entre els nois (del 60% al 65%) es donen a Estònia, Letònia i Lituània. En 3/4 parts dels països, més de la meitat dels estudiants (62% nois i 52% noies) declarava que a l'edat de 13 anys o menys ja havia **begut com a mínim un got d'una beguda alcohòlica** (el 44% ho havia fet bevent cervesa, el 38% bevent vi i el 27% prenent un refresc barrejat amb alcohol). Les proporcions més altes d'estudiants que havien begut una copa d'una beguda alcohòlica abans dels 13 anys es trobaven a Letònia (79%), Estònia (76%), Bulgària (73%), Eslovènia (71%) i la República Txeca (70%). En l'extrem oposat estan dos països nòrdics: Islàndia (20%) i Noruega (29%). Un 15% dels nois vs un 10% de les noies declaraven haver-se emborratxat almenys una vegada a la seva vida. Quant el **cànnabis**, el 3% dels escolars europeus ja l'ha provat als 13 anys (4% nois vs 2% noies), i destaca França amb la franja més alta (8%).

Tot seguit, la Taula 4 mostra l'evolució de l'edat d'inici respecte a les tres drogues estudiades dels adolescents a **Espanya**.

Taula 4: Evolució de l'edat mitja a l'inici del consum de tabac, alcohol i cànnabis ens els estudiants de 14 a 18 anys a Espanya de 2004-2012

Substància/Any	2004	2006	2008	2010	2012
TABAC	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6
ALCOHOL	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9
CÀNNABIS	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9

Adaptació d'ESTUDES 2004 i ESTUDES 2012/2013 (85, 58)

A **Catalunya** (63), l'edat mitja a l'inici del consum de les tres substàncies estudiades en els estudiants de 14 a 18 anys ha estat molt similar. Segons els resultats de l'ESTUDES corresponents a l'edició 2012-2013, l'edat mitja d'inici al tabac ha estat de 13,5 anys (13,3 anys en nois i 13,6 en noies), a l'alcohol de 13,9 anys (13,8 anys en nois i 14 en noies) i l'edat mitja d'inici al consum de cànnabis ha sigut de 14,7 anys (14,6 anys en nois i 14,9 en noies).

1.3.1 Conseqüències de l'experimentació precoç en tabac, alcohol i cànnabis

Experimentar amb **tabac o alcohol** abans dels 14 anys o cànnabis abans dels 15 anys s'associa a prevalences més elevades de consum diari de tabac i de cànnabis, a patrons d'alcohol abusiu diari (consum problemàtic), a policonsum regular o consum concurrent de dues o més drogues en l'últim mes (començant per les legals i acabant per altres drogues il·legals), i a conseqüències negatives en l'àmbit acadèmic, econòmic, familiar i social. La

força de les associacions s'incrementa a mesura que augmenta el nombre de substàncies amb inici precoç en un mateix individu (57,86-88).

Un inici primerenc en el **tabac** s'associa a un consum habitual en l'edat adulta i a menor interès i confiança en les capacitats per deixar de fumar, i també a l'inici de consum d'alcohol i al seu consum problemàtic (89). Iniciar-se de forma prematura en l'**alcohol** repercuteix en els patrons de consum a l'edat adulta doncs està associat a un consum d'alcohol més intensiu, amb més freqüència de borratxeres i amb el consum més prevalent d'altres drogues (90) i també amb l'abús i dependència de l'alcohol a l'edat adulta (91, 92).

L'inici precoç i l'ús regular de **cànnabis** en els adolescents s'han identificat com a factors de risc pel consum problemàtic de cànnabis i d'altres drogues i s'associa a un menor rendiment escolar, salut mental deteriorada, conductes sexuals de risc i delinqüència (93).

Un estudi realitzat a Alemanya (94), amb joves de 14 a 24 anys (n= 3.021), va observar que l'edat d'inici en el consum de drogues conjuntament amb el tipus de substància utilitzada a l'inici i el seu consum associat amb altres drogues es relaciona a la velocitat de transició cap als trastorns per abús i dependència. Quan més primerenc és l'inici del consum de **tabac, alcohol o cànnabis**, més risc de transició cap a trastorns d'abús i dependència, sobretot en el tabac. No obstant això, la transició més ràpida a abús es va observar per al cànnabis.

1.4 Factors psicològics i emocionals

1.4.1 Percepció de risc i de consum del grup d'iguals

Malgrat la quantitat d'evidència que mostra que el tabac, l'alcohol i el cànnabis tenen greus conseqüències en l'estat psíquic, psicològic i social dels consumidors, molts joves tenen una baixa percepció del risc associat. Un treball de Megías (95) realitzat en espanyols (n=1.700) de 15 a 65 anys, observa que el cànnabis és la substància psicoactiva que es percep com a menys perillosa (3,69 en una escala de perillositat creixent de 1 a 5), per sota de drogues legals com el tabac (3,71) i l'alcohol (3,76).

Un estudi realitzat a A Coruña l'any 2012 (96) amb estudiants (n=2.440) de 12 a 18 anys (edat mitja: 14,6; DT: 1,64; 51,3% noies) relaciona una menor percepció del risc del consum –que és més elevat entre els nois– amb una major tendència a consumir tabac, alcohol i cànnabis.

Un altre treball realitzat a Girona l'any 2010 (97) amb estudiants de secundària (n=1.624) d'edats compreses entre els 12 i els 18 anys (49,4% noies) sobre els patrons de consum d'alcohol observa significativament que els consumidors d'alcohol el perceben menys perillós que els no consumidors, essent les noies qui percebeixen major perillositat.

Un estudi de Calafat et al. (98), en una mostra de joves (n=1341) d'entre 13 i 40 anys (edat mitja=22,6; DT=5; 61% nois) de cinc ciutats espanyoles (Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, València i Vigo) assenyalava que una major freqüència d'ús de cànnabis es relaciona amb una menor percepció del risc associat al consum de diferents substàncies: dels joves no consumidors de cànnabis, un 24% perceben gens o poc perillós fumar cànnabis regularment i un 18% perceben gens o poc perillós beure dues begudes alcohòliques diàries; dels consumidors ocasionals, un 47% i un 54%, respectivament, i dels consumidors habituals, un 78% i un 67%, respectivament. També entre els consumidors habituals de només cànnabis i els policonsumidors hi ha diferències en la percepció de perill: un 76% del primer grup perceben gens o poc perillós fumar cànnabis regularment i, un 65%, beure dues begudes alcohòliques diàries vs un 84% i un 72%, respectivament, del segon grup.

Romandre en ambients i en companyies incitadores al consum, i la influència del grup d'iguals consumidors de drogues està relacionat amb tenir una actitud favorable cap el consum de drogues (99). Un estudi realitzat a Barcelona i Lleida (100) amb escolars (n=1.460) d'edats entre els 12 i els 19 anys (62,8% nois) observa que tenir un amic fumador afavoreix el consum de tabac. Significativament, entre els predictors de la iniciació al tabac es troba l'actitud favorable davant d'aquesta substància, el consum d'alcohol, tenir menys de 15 anys i tenir amics fumadors.

L'estudi de Robles (101), corrobora investigacions prèvies que assenyalen que tenir un progenitor o amic fumador propicia el consum de tabac, i que hi ha molta diferència entre noies que fumen o no fumen en funció de si tenen amics que consumeixen o no drogues: la gran majoria dels joves amb amics consumidors de drogues són bevedors habituals d'alcohol.

1.4.2 Estat de salut autopercebut

La salut es pot valorar a través del judici subjectiu de l'individu com un indicador de la qualitat de vida de les persones, i ha demostrat ser un bon predictor dels hàbits de vida relacionats amb el consum prematur de substàncies tòxiques (102). La salut autopercebuda mesura com les persones consideren la seva salut, combinant l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques i sensacions com l'esgotament físic. Malgrat la subjectivitat aparent d'aquest concepte, diversos treballs posen en evidència la forta associació entre aquest indicador i el fet d'emmalaltir, morir i l'ús de serveis sanitaris. Molts estudis assenyalen que el gènere està relacionat amb el grau de salut autopercebuda (103) i, en general, les noies perceben pitjor el seu estat de salut i qualitat de vida que els nois.

Un estudi realitzat a Còrdova l'any 2014 (104) amb una mostra d'estudiants de 6è de primària (n=1.005) d'11 a 14 anys (edat mitja 11,45 anys; DT:0,59) dels que un 53,0% eren nens, observa que el seu grau d'autopercepció de salut és molt bo (un 90% dels alumnes es sentien bastant i molt sans). Els models de regressió logística mostren que les variables associades a una bona percepció de salut són: menor edat dels adolescents, no fumar, no consumir alcohol, sentir-se feliç, no sentir-se cansat, tenir una bona autovaloració del rendiment acadèmic i una bona comunicació amb la mare, entre d'altres. De la mateixa manera, tenir una autopercepció de salut regular o dolenta és un factor que incrementa la probabilitat de ser fumador juntament amb ser noia, tenir un rendiment escolar baix, pares fumadors, consumir alcohol i patir 3 o més problemes d'estat d'ànim, entre d'altres (105).

Jonhson i Richter (106), en un estudi realitzat amb una mostra (n=7.844) d'adolescents d'entre 12 i 17 anys (49,3% nois), van observar que els adolescents que fumen o beuen reporten pitjor salut autopercebuda durant l'adolescència que aquells que no ho fan, i que els que són grans consumidors informen de pitjor salut subjectiva: d'entre tots els participants, significativament, els fumadors de més de 16 cigarretes/dia obtenen puntuacions més baixes en el seu estat de salut autopercebut que els fumadors moderats (6-15 cigarretes/dia), els fumadors de 1-5 cigarretes/dia i els no fumadors. Passa el mateix amb els consumidors d'alcohol: els grans consumidors (més de 5 begudes/dia) reporten pitjor salut autopercebuda que els bebedors moderats, comparat amb els no bebedors.

1.4.3 Estat d'ànim

Els esdeveniments estressants durant l'adolescència i les maneres d'afrontar-los poden tenir repercussions en la conducta i en l'esfera emocional dels joves i es relacionen amb l'estat d'ànim. Sentir-se cansat per fer coses; tenir problemes per dormir o despertar-se abans d'hora; sentir-se desplaçat, trist o deprimat; sentir-se desesperançat de cara al futur, nerviós o en tensió o avorrit de les coses, són indicadors que serveixen per establir quin és l'estat d'ànim de l'adolescent (74).

Un estudi realitzat a Xile (107), amb 307 estudiants d'entre 14 i 19 anys (49,83% nois) observa que els problemes de salut dels participants estaven relacionats amb els esdeveniments estressants experimentats, l'estrès percebut i l'ànim depressiu. Les noies van informar major número de problemes de salut (8,03 vs 7,03 respectivament) i elles van obtenir mitjanes significativament majors en les variables estudiades: freqüència de problemes de salut (19,82 vs 15,61), impacte dels successos estressants (30,59 vs 25,50), estrès percebut (41,70 vs 38,88) i ànim depressiu (44,64 vs 35,78).

Diverses investigacions han posat de manifest que els problemes personals constitueixen *per se* factors de risc, sobretot a l'adolescència, ja que es pot recorre al consum de substàncies com l'alcohol i altres drogues per alleugerir-los o compensar-los. A més, relacionen el consum d'alcohol amb una baixa autoestima i amb trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim (108,109).

Un estudi realitzat a Alacant (110) amb joves ($n= 1.507$) d'edat mitja de 15,28 (DT= 1,20 anys) observa una relació entre l'estat d'ànim i el consum de tabac, de forma que hi ha més probabilitat de fumar quan es té un estat d'ànim negatiu. L'estat d'ànim és un factor de risc per a l'inici del consum de substàncies i estableix la seva relació amb la freqüència i la intensitat del consum, pel que aquest podria ser un bon predictor.

Un estudi de Vázquez et al. (111), realitzat l'any 2013, a la província de Valladolid amb una mostra ($n=2.412$) d'escolars de 13 a 18 anys, assenyalava que el 14,9% dels adolescents entre 13 i 18 anys presenten un estat d'ànim negatiu. Els models de regressió logística aplicats associen els estats d'ànim negatius amb determinats hàbits i conductes de risc, malgrat que les conductes d'experimentació -repetir un curs, fumar i beure alguna vegada- són més habituals en estats d'ànim negatius i poden marcar el punt d'inici d'aquest hàbits, quan els joves repeteixen curs més de dues vegades, fumen cada dia, s'emborratxen amb freqüència i consumeixen cànnabis a diari no es troba associació amb els estats d'ànim negatius. Sembla que les conductes de risc ja establertes no estan tan relacionades amb estats d'ànim negatius.

1.4.4 Salut mental

Segons la definició de l'OMS, la salut mental és un estat de complert benestar físic, psíquic i social, i no només l'absència d'afeccions i malalties. Sovint, les alteracions emocionals, en la conducta o en el seu desenvolupament, no es tracten com problemes de salut mental, sobretot a l'adolescència, una etapa crucial en el desenvolupament de la persona. Però estudis com el de Vázquez et al. (111), mostren que aquestes alteracions afecten l'estat d'ànim dels adolescents i influeixen en l'ús de substàncies addictives i altres pràctiques de risc.

S'estima que la prevalença de trastorns mentals en els adolescents europeus de 15 a 24 anys és del 20% (112). En general, els joves de 12 a 29 anys a Espanya tenen un concepte ampli de la seva salut física, psíquica i emocional i, en un 91%, el grau de salut autopercebuda és bo o molt bo, però entre un 10% i un 20% podria tenir algun problema de salut mental (113).

Patir símptomes depressius s'associa amb conductes de risc, major risc de suïcidi, i un risc més alt de presentar ansietat, trastorns de conducta i abús de substàncies (114). Un estudi realitzat a EUA l'any 2004 per Saluja et al. (115), amb escolars d'11, 13 i 15 anys (n= 9.863) dels quals el 47,8% eren nois, reporta que el 18% dels joves presenta símptomes de depressió (25% les noies i 10% els nois) i que aquesta prevalença augmentava, pels dos sexes, amb l'edat. Els adolescents que afirmaven ser consumidors de substàncies, assenyalaven patir significativament més símptomes depressius que la resta de joves, i aquest patró era per a totes les substàncies (tabac, alcohol i cànnabis).

1.4.5 Relacions familiars

La família és l'espai de socialització on l'infant i l'adolescent troben les pautes elementals que el formen amb unes actituds, creences i valors que l'ajudaran a desenvolupar-se com a individu. Les bones relacions familiars, els vincles afectius, el grau d'estimació i la bona comunicació tenen un paper fonamental en el consum de substàncies. En sentit positiu, es comporten com a factors de protecció. Però també poden actuar com factors de risc, ja que l'actitud dels pares enfront el consum de drogues, estils educatius sobreprotectors, autoritaris o permissius, o relacions familiars deteriorades contribueixen a crear entorns de risc pels fills (116, 117).

Un estudi de Muñoz-Rivas i Graña (118) realitzat a Madrid amb una mostra (n=1.570) de joves entre 14 i 18 anys (54,4% nois) observa que l'actitud familiar respecte al consum i l'existència de normes explícites de convivència familiar, expliquen en major proporció la variància del consum d'alcohol, tabac o cànnabis, seguit de la naturalesa de la relació familiar i el tipus de comunicació entre els adolescents i els membres del nucli familiar.

L'actitud dels progenitors davant les drogues i/o tenir un progenitor fumador propicia el consum en els fills. La investigació de Robles i Martínez (101), mostra que l'estimació familiar, el fet de valorar la salut i el fet de complir les normes o la legislació de la comunitat són variables protectores a determinades edats pel consum d'alcohol i tabac. I, pel contrari, tenir un progenitor fumador afavoreix el consum de tabac.

L'estudi de Rodrigo et al. (119), que analitza els estils de vida de 1.417 adolescents espanyols (de 13 a 17 anys) i la seva relació amb la qualitat de les relacions entre progenitors i fills, observa que entre els factors de protecció associats a estils de vida saludable, com el fet de no consumir drogues, s'hi troben la comunicació familiar i tenir el recolzament dels progenitors.

1.5 Models explicatius del consum de drogues

Els programes escolars de prevenció de consum d'alcohol, tabac i drogues il·legals han demostrat ser eficaços i, inclús en intervencions només centrades en el tabac, el moment més adequat correspon al pas de l'educació primària a la secundària, entre els 12 i 13 anys, ja que l'inici i l'adopció d'hàbits es dona en aquesta franja d'edat (120). Però, quan la intenció és promoure conductes saludables, primer cal saber què fa que una persona segueixi una determinada conducta. Disposar d'un model teòric ajuda a definir la població, a realitzar un diagnòstic de la situació que es vol prevenir i a plantejar l'acció considerant tots els elements. A continuació es descriuen els models en què es basa aquest treball.

1.5.1 Teoria cognitiva social

Per explicar el consum de drogues, sobretot l'inici, un dels models psicosocials més utilitzats és la teoria de **l'aprenentatge social** desenvolupada per Bandura (121,122). Aquesta teoria integra els principis de condicionament clàssic i operant per explicar el **comportament** (aprenentatge, manteniment i abandonament d'una conducta) i la influència de la **cognició** (creences, pensaments...), i de **l'entorn social**. La conducta és fruit d'aquests tres factors alhora. El jove aprèn que consumir substàncies com el tabac, l'alcohol i d'altres és una pràctica comú en l'entorn (amb adults i companys que actuen com a model), socialment acceptat i necessari pel reconeixement del seu grup d'iguals.

Per Bandura (121), la conducta de beure s'adquireix i manté per modelatge, reforç social, efectes previs de l'alcohol, experiència directa dels efectes de l'alcohol (reforços o càstigs) i dependència física. Alguns determinants importants són els esdeveniments vitals estressants, les pressions, la família, el paper de les xarxes socials i el suport social que té l'individu, factors que varien al llarg del temps i entre individus (123).

En l'inici del consum d'alcohol hi ha tres tipus d'influències importants. Una és **el nucli familiar** on habitualment els nens s'inicien en el consum de l'alcohol. La societat fixa en quin moment es comença a beure i com es fa. Una part d'aquesta manera social de beure porta a una pràctica abusiva. L'altre és **el grup d'iguals**, amb més pes que la família en el procés de socialització. Aquests dos tipus junts creen en el nen o adolescent actituds, costums, idees i valors que marquen de manera important el seu futur consum d'alcohol. El treball d'Espada et al. (124) mostra com a principal indicador del consum d'alcohol en adolescents, el consum per part del millor amic seguit pel dels germans; i que la intenció del consum s'incrementa quan el pare és bevedor, quan ho és el germà i, sobretot, quan ho és el millor amic. També assenyala que els que conviuen amb models bebedors tenen major predisposició a provar l'alcohol i d'altres drogues, igual que si tenen una percepció normalitzada del consum

d'alcohol, tindran una major freqüència i intensitat de consum de drogues legals i major disponibilitat a provar-ne d'il·legals. També les **experiències directes amb l'alcohol** ensenyen a actuar amb l'alcohol. Però els **factors previs** són els que incidiran molt més en aquesta experiència directa, ja que creen expectatives sobre l'alcohol que es confronten amb la situació real de beguda. Les primeres expectatives, formades en el medi familiar i en el grup d'iguals, reforçades pels mitjans de comunicació, influiran directament amb l'experiència amb l'alcohol.

El punt clau d'aquest model (121) és que l'ús responsable de l'alcohol depèn de l'autoregulació cognitiva en un món estressant amb moltes dificultats. A mesura que la persona acumula experiències amb l'alcohol pot, davant d'una situació que li generi ansietat, enfrontar-s'hi amb estratègies adequades i satisfactòries, o bé beure o consumir altres substàncies. Si es consumeix l'alcohol com una eina d'afrontament, més difícil serà usar eines alternatives; i el dèficit en habilitats social es pot cronificar, igual que l'abús d'alcohol.

Al 1986 Bandura introdueix el terme de l'**autoeficàcia** (122), que es centra en els pensaments que té l'individu sobre la capacitat per actuar i que està condicionada per quatre tipus d'experiències: la directa, que prové dels efectes de les seves accions; la vicària, que prové de sensacions i emocions que es viuen a través de les experiències d'altres; la dels judicis verbals manifestats per altres persones; i la de les deduccions a partir de coneixements previs (125). Aquesta teoria, redenominada com **Teoria Cognitiva Social**, explica la gran influència que tenen els mitjans de comunicació per aprendre conductes, formar actituds i modular creences, aspectes molt coneguts pel món de la publicitat (126). Un dels models que proposen és el del consumidor d'alcohol, segons el qual beure permet interaccionar millor, redueix l'estrès social i proporciona benestar físic i psicològic.

1.5.2 Model de creences de la salut

El model de creences de salut de Becker i Maiman (127), ha estat un dels marcs teòrics més utilitzats en psicologia de la salut per explicar comportaments de salut i preventius de la malaltia. Aquest model ressalta la importància dels dèficits en els processos de presa de decisions i té com a elements fonamentals: la susceptibilitat percebuda (percepcions individuals de la vulnerabilitat personal a malalties o accidents), la severitat percebuda, els beneficis percebuts i les barreres percebudes. La percepció de susceptibilitat (naturalesa) i la severitat (intensitat) fan adoptar o no una determinada conducta. La combinació d'aquestes dues es denomina amenaça percebuda (128).

Una persona està influenciada tant per la genètica com per l'ambient, en el qual intervenen forces socials (grups socials i relacions interpersonals) que modifiquen la conducta personal.

Però en el moment concret de prendre una decisió actuen altres elements, i no solament l'experiència passada. El comportament també depèn del valor que l'individu atribueix a una recompensa, que en el consum de drogues es pot relacionar amb l'obtenció de plaer, diversió, experimentar noves emocions o millorar les seves relacions socials. L'altre factor és la valoració que fa la persona sobre la possibilitat que l'acció (consum) porti a aquest resultat. Becker i Maiman (127), afirmen que l'individu, abans d'un canvi de conducta, avaluarà els costos que se'n poden derivar, tant de prendre una conducta saludable com de no fer-la.

Aquests autors apunten d'altres variables demogràfiques (sexe, edat), psicosocials (personalitat, classe social, pressió del grup d'iguals) i estructurals (condicions ecosistèmiques, econòmiques, polítiques, culturals) que poden modificar l'amenaça percebuda i els beneficis del consum. També el rendiment acadèmic pot tenir un efecte indirecte sobre la conducta ja que influeix la percepció de susceptibilitat, severitat, els beneficis i les barreres.

A l'actualitat, en aquest model se li ha afegit el concepte d'**autoeficàcia de Bandura**, que explica que per a què un canvi de conducta sigui exitós, la persona ha de sentir-se amenaçada (susceptibilitat percebuda), creure que el canvi serà beneficiós i sentir-se capaç per realitzar-lo. Segons aquest model, la clau és intervenir abans que sorgeixin els problemes i evitar-los. Hi ha estudis que evidencien que la **percepció de risc** correlaciona de manera significativa amb la no participació en conductes de risc. Bachman et al. (129), van mostrar com el consum de determinades substàncies augmentava o disminuïa en funció de risc que els adolescents percebien en el consum de cada una, i identificaven un descens en el nivell de consum d'aquelles substàncies percebudes de major risc. Estudis més recents relacionen una menor percepció del risc amb una major tendència a consumir tabac, alcohol i cànnabis (97,1301).

1.5.3 Model del desenvolupament social

El model de desenvolupament social proposat per Catalano i Hawkins (131) és multicausal i assenyala que el consum de drogues es relaciona amb factors de risc en la comunitat, la família, l'escola, l'individu i els iguals (Figura 4).

També incorpora factors de protecció que inclouen les oportunitats per a la implicació positiva i les recompenses resultants en la comunitat, la família i l'escola. Aquest model (131,132) posa atenció a les variables personals, interpersonals i contextuais i analitza els factors de risc i els de protecció. Parteix de la hipòtesi que els processos de

desenvolupament porten tant cap a la conducta prosocial com a la antisocial i assumeix que la persona passa per diferents fases al llarg de la seva vida.

Aquest model planteja que, al llarg de la socialització, es van produint dos processos paral·lels: un d'ells genera vincles amb entorns prosocials i, a conseqüència, inhibeix l'aparició de conductes problemàtiques; i l'altre crea lligams amb entorns antisocials i, per tant, les promou. El resultat final dependrà de la força dels dos processos: si hi ha més pes dels vincles prosocials, no es desenvoluparan conductes problemàtiques i antisocials, i viceversa.

COMUNITAT	Transicions, mobilitat personal i en la mateixa comunitat Desorganització comunitària Baixa estima cap al veïnat Lleis i normes favorables cap al consum de drogues Disponibilitat de drogues percebuda
FAMÍLIA	Història familiar de comportament antisocial Conflicte familiar Actituds dels progenitors favorables a la conducta antisocial i al consum de drogues Poca disciplina i supervisió parental Poca estima familiar
ESCOLA	Fracàs escolar Poc compromís amb l'escola
INDIVIDU/IGUALS	Actituds favorables al comportament antisocial i al consum de drogues Inici prematur dels comportaments problemàtics Consum de drogues dels amics Interacció amb iguals antisocials Poca percepció del risc de consumir drogues Recompenses pel comportament antisocial i rebel·lia Cerca de sensacions

Figura 4: Factors de risc en els joves respecte el consum de drogues
Adaptació de Catalano i Hawkins (131)

La **família** és el sistema de recolzament més important pel benestar dels adolescents. Les relacions familiars amb gran nivell de vincle emocional, l'afectivitat i l'acceptació entre progenitors i fills, acompanyat d'una adequada supervisió, són factors de protecció molt importants (133-136).

Els treballs realitzats amb aquest model (137, 139) coincideixen que l'edat és un punt clau, ja que els patrons de consum de drogues són diferents entre adolescents joves i adolescents més grans i també els seus factors de risc i de protecció. En aquest sentit, un estudi de Cava et al. (137) realitzat en dues mostres d'estudiants d'ESO, una de 450 adolescents en l'etapa primerenca (entre 12 i 14 anys), i una segona de 203 adolescents en l'adolescència mitjana (entre 15 i 17 anys), assenyala que en les dues etapes les motivacions dels adolescents respecte el consum de drogues poden estar relacionades amb una actitud de rebuig cap a l'autoritat. A l'etapa primerenca, la comunicació familiar influeix directament en aquestes actituds, de forma que una adequada qualitat en la comunicació pares-fills implica unes actituds més favorables en els fills cap a les figures d'autoritat. Això canvia en l'adolescència mitjana, quan els adolescents comencen a tenir més en compte altres fonts en el desenvolupament d'aquestes actituds; encara que es manté una important influència

indirecta de la comunicació familiar, la seva influència directa deixa de ser significativa. No obstant, els factors de risc i protecció coincideixen en diferents substàncies, com tabac, alcohol i cànnabis (129-138).

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

La majoria d'escolars de 12, 13 i 14 anys (1r i 2n d'ESO) encara no són autònoms i depenen de l'actitud i models de conducta que reben de la família i de l'entorn escolar. Un diagnòstic de la situació respecte a l'experimentació i consum de substàncies psicoactives legals i el cànnabis facilita el disseny de programes per treballar conductes saludables abans que els comportaments inadequats sorgeixin o s'instaurin i ajuda a prevenir l'aparició de problemes relacionats en un futur. El propòsit del treball que es presenta és detectar quins són els patrons d'experimentació i consum de tabac, alcohol i cànnabis en els estudiants de 1r i 2n d'Educació Secundària Obligatòria (ESO) de Santa Maria de Palautordera i Sant Esteve de Palautordera.

3. OBJECTIUS

3.1 Objectiu principal

Descriure la prevalença i el patró de consum de tabac, alcohol i cànnabis dels estudiants escolaritzats a 1r i 2n curs d'Educació Secundària Obligatòria (ESO) de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera.

3.2 Objectius secundaris

1. Descriure les característiques (edat, curs, centre d'ensenyament, estructura familiar, nivell socioeconòmic de la família, nivell acadèmic autopercebut i diners disponibles a la setmana) dels estudiants de 1r i 2n d'ESO de Santa Maria de Palautordera i Sant Esteve de Palautordera segons el sexe.
2. Analitzar les característiques del patró d'experimentació de tabac, alcohol i cànnabis dels participants segons el sexe.
3. Identificar l'edat de la primera experimentació amb el tabac, l'alcohol i el cànnabis en els estudiants de la mostra analitzada.
4. Estudiar el policonsum i l'experimentació combinada de tabac, alcohol i cànnabis dels adolescents de la mostra segons el sexe.
5. Determinar les creences dels participants sobre l'alcohol segons el sexe.
6. Estudiar la percepció del grau de perillositat dels estudiants de la mostra sobre el consum

de tabac, alcohol i cànnabis segons el sexe.

7. Avaluar les percepcions dels participants sobre el consum de tabac, alcohol i cànnabis del seu grup d'iguals segons el sexe.

8. Determinar l'estat de salut autopercebut dels adolescents de la mostra segons el sexe i la seva relació amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis.

9. Determinar l'estat d'ànim dels participants segons el sexe i la seva relació amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis.

10. Determinar l'estat de salut mental dels participants segons el sexe i la seva relació amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis.

11. Determinar la qualitat de les relacions dels adolescents amb les seves famílies segons el sexe i la seva relació amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis.

4. METODOLOGIA

4.1 Àmbit de l'estudi

L'àmbit d'estudi es contextualitza en les poblacions de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera, situats a la comarca del Vallès Oriental (Figures 5 i 6) i de la que n'és la capital Granollers. Santa Maria de Palautordera està ubicat a la zona est de la comarca, al peu del massís del Montseny. El terme municipal té una extensió aproximada de 16,9 quilòmetres quadrats. Segon dades de l'IDESCAT de l'any 2014 (139), la població empadronada és de 9.138 persones, que correspon a una densitat de població de 539,4 (hab./Km²). Sant Esteve de Palautordera és un municipi situat al nord-est de la comarca del Vallès Oriental, en el vessant de ponent del Montseny, amb una extensió de 10,66 quilòmetres quadrats. Segons dades de l'IDESCAT (139), la població empadronada l'any 2014 és de 2.532 persones, amb una densitat de població de 238 (hab./Km²).



Figura 5: Mapa comarcal de Catalunya. Adaptació de l' Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya (141)

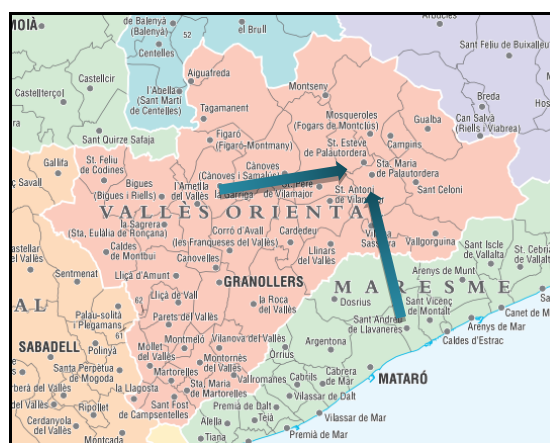


Figura 6: Mapa municipal del Vallès Oriental. Adaptació de l' Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya (142)

4.2 Disseny de l'estudi

Es presenta un estudi descriptiu transversal.

4.3 Població

La població d'estudi han estat tots els alumnes dels únics centres d'educació secundària -de titularitat pública dependents del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya- de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera: l'Institut Reguissol i de la Secció d'Institut Can Record, respectivament. Als Instituts s'imparteix ensenyament secundari obligatori (ESO) i no obligatori (batxillerat, ensenyaments de formació professional i programes de qualificació professional inicial). Quan un centre no imparteix tots els ensenyaments de l'etapa, s'anomena secció d'institut (Sec) o secció d'educació secundària (Ses).

L'Institut Reguissol ha comptat, durant el curs 2014/15, amb 480 alumnes repartits en 18 grups classe, 41 professors, 3 integrants del personal d'Administració i serveis (PAS) i 1 vetlladora. Disposa de tres/quatre línies d'ESO segons el curs i dues línies de batxillerat, ambdós amb les modalitats tecnològic, ciències de la naturalesa, humanístic i ciències socials. La Sec. d'Institut Can Record en el mateix període, ha comptat amb 204 alumnes repartits en 9 grups, 21 professors, 2 integrants del PAS i 1 vetlladora. Té dues línies d'ESO amb les modalitats tecnològic, ciències de la naturalesa i humanístic. Formen part de la població d'estudi d'aquest treball tots els alumnes (n=279) que durant el curs 2014-2015 estaven cursant 1r i 2n curs d'ESO a l'Institut Reguissol i a la Sec. d'Institut Can Record (Taula 5).

Taula 5: Distribució dels estudiants segons el centre educatiu en el que cursaven 1r o 2n d'ESO durant el curs acadèmic 2014-2015. n (%)

	Sec Can Record	Ins Reguissol	Total
1r curs d'ESO	53 (18)	92 (32,97)	145 (51,97)
2n curs d'ESO	41 (14,69)	93 (33,33)	134 (48,02)
Total	94 (33,69)	185 (66,31)	279 (100)

4.3.1 Mostra

El tipus de mostreig utilitzat en aquest estudi es no probabilístic de conveniència. La mostra ha estat constituïda per 207 estudiants (74,19% de la població en estudi), nascuts entre els anys 1999-2002, dels quals el 57% eren nois i el 43% noies, i que en el moment de l'estudi cursaven 1r d'ESO (52,17%) i 2n d'ESO (47,82%).

a) Criteris d'inclusió i d'exclusió

Criteris d'inclusió

S'han inclòs tots alumnes que cursaven 1r i 2n curs de ESO de gener a juny de 2015 a l'Institut Reguissol i a la Sec. d'Institut Can Record, de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera respectivament, que van entregar el consentiment informat (Annex 3) signat pels seus pares, mares o tutors, que van voler participar i que es trobaven en el centre en el moment d'omplir el qüestionari.

Criteris d'exclusió

S'han exclòs aquells alumnes que no tenien el consentiment signat pels pares, mares o tutors per participar en l'estudi, els que no van voler participar o els que no estaven a l'institut els dies que es va passar el qüestionari.

4.4 Instrument

L'instrument per a la recollida de dades és un qüestionari *ad hoc* (Annex 7) que es basa en el qüestionari **Factors de Risc en Estudiants de SeCundària** (FRESC) de l'edició del 2012, validat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (74). Es va escollir el qüestionari FRESC, disponible en català, perquè aborda multitud de temes relacionats amb l'estil de vida i dels hàbits i comportaments dels adolescents. També perquè ha anat evolucionant amb els temes emergents de salut relacionat amb els joves, perquè està dissenyat per joves d'aquesta franja d'edat i ha demostrat ser eficaç en la recollida d'aquestes variables. En el FRESC es pregunta sobre diversos aspectes del comportament dels joves com el consum de tabac, d'alcohol i de substàncies psicoactives, també per l'alimentació, per l'estat d'ànim, la seva salut i les relacions amb els altres, els comportaments relacionats amb els accidents de trànsit i els hàbits de lleure. Per aquest estudi en concret, només s'han utilitzat les respostes extretes dels blocs corresponents a tabac, alcohol, altres substàncies, en concret, les preguntes relacionades amb l'experimentació amb cànnabis, i del bloc relacionat amb la salut, l'estat d'ànim i les relacions amb els altres. A més, en el bloc sobre consum de tabac, s'han afegit preguntes relacionades amb el consum de cigarretes electròniques, ja que en els darrers anys hi ha hagut una expansió ràpida del seu ús i de la percepció de no ser perilloses, malgrat en el seu vapor s'hi han identificat productes tòxics i cancerígens (142,143).

El qüestionari es va dissenyar en format electrònic mitjançant l'eina de formularis de *google drive*, ja que els dos instituts disposaven de sala d'informàtica i ordinadors, i connexió a Internet.

A continuació es descriuen les variables estudiades:

4.4.1 Variables sociodemogràfiques

Edat

S'ha considerat l'edat del jove segons la data de naixement.

Sexe

S'ha distribuït la mostra segons nois i noies.

Estructura familiar

Els joves han hagut d'assenyalar el tipus d'estructura familiar segons les persones que convivia amb ells/es a casa. Es van considerar quatre categories: família biparental (convivia amb el pare i la mare, com a nucli familiar o en règim de custòdia compartida), família monoparental (convivia només amb la mare o el pare), família reestructurada (convivia amb el pare o la mare i parella del pare o la mare) i altra situació (es referia a altres situacions de convivència, com ara amb avis, tiets, amics...).

Nivell socioeconòmic de l'alumne/a

El nivell socioeconòmic s'ha obtingut mitjançant el Family Affluence Scale (FAS) (Annex 4) validat en població espanyola (144). És un qüestionari individual basat en una sèrie de preguntes relacionades amb la riquesa familiar (número de cotxes i d'ordinadors que té la família, si l'alumne disposa d'habitació individual i les vegades que ha marxat de vacances en l'últim any) que s'inclou dins l'instrument utilitzat (74). La puntuació de les diferents categories de resposta ha permès definir tres categories: nivell socioeconòmic baix, nivell socioeconòmic mig o nivell socioeconòmic alt.

Nivell acadèmic autopercebut

En relació amb la resta d'alumnes de la seva classe, els adolescents han hagut d'assenyalar quin consideraven que era el seu nivell acadèmic, escollint una d'aquestes tres opcions: situat entre el terç més alt, situat entre el terç mitjà o situat entre el terç més baix de la seva classe.

Diners que disposen a la setmana

S'ha preguntat als participants pels diners que disposen habitualment cada setmana per les seves despeses personals, amb quatre opcions de resposta: 0 euros, 10 euros o menys a la setmana, entre 10 i 30 euros a la setmana i més de 30 euros a la setmana.

4.4.2 Variables relacionades amb el patró de consum de tabac, alcohol i cànnabis

Tabac

Per determinar quina era la seva experiència respecte el consum de tabac, els participants que han provat el tabac, han hagut d'escollir entre alguna de les respostes relacionades amb: fumar almenys una cigarreta al dia; no fumar cada dia, però sí un cop a la setmana; no

fumar setmanalment, però sí almenys una vegada al mes; fumar menys d'una vegada al mes; fumar un cop de tant en tant; deixar de fumar, després d'haver fumat almenys un cop o menys d'un cop a la setmana, haver fumat una vegada a la vida i no fer-ho mai més.

S'ha considerat la primera experimentació amb tabac l'edat en que, per primera vegada a la vida, es va fumar una cigarreta o haver fet almenys unes quantes calades seguides, un consum regular de tabac com a fumar alguna cigarreta almenys una vegada a la setmana i un consum diari de tabac com a fumar almenys una cigarreta al dia (FRESC, 2012).

Cigarreta electrònica

Per determinar quina era la seva experiència respecte l'ús de la cigarreta electrònica, els participants que han provat, han hagut d'escollir entre alguna de les respostes relacionades amb: utilitzar la cigarreta electrònica almenys un cop al dia, utilitzar-la un cop a la setmana o un cop al mes, utilitzar-la menys d'una vegada al mes, una vegada de tant en tant, deixar-la de fer servir, després d'utilitzar-la almenys un cop a la setmana o menys d'un cop a setmana, haver-la utilitzat una vegada a la vida i ja no haver-la utilitzat mai més.

S'ha considerat la primera experimentació amb la cigarreta electrònica l'edat en que, per primera vegada a la vida, es va utilitzar una o haver fet almenys unes quantes calades seguides, un consum regular com a utilitzar alguna cigarreta electrònica almenys una vegada a la setmana i un consum diari com a utilitzar-la almenys un cop al dia (FRESC, 2012).

Alcohol

Per determinar quina era la seva experiència respecte al consum d'alcohol els participants han hagut d'indicar si: l'havien provat alguna vegada a la vida almenys mig got de qualsevol beguda alcohòlica (*consum experimental d'alcohol*) i a quina edat, si s'havien emborratxat alguna vegada en els darrers 6 mesos (*borratxera*), i si havien consumit alguna vegada 4 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió en els darrers 30 dies (*Binge drinking*, consum intensiu d'alcohol).

Les respostes es van codificar com a si/no (FRESC, 2012).

Cànnabis

Per conèixer les característiques del consum de cànnabis els estudiants han hagut d'indicar quina era la seva experiència en el consum d'aquesta droga: haver-ne consumit alguna vegada a la vida (*consum experimental*) i quants anys tenien la primera vegada, haver-ne consumit alguna vegada en els últims 12 mesos o haver-ne consumit alguna vegada en els 30 últims dies (*consum habitual*).

Per determinar el consum de risc de cànnabis s'ha utilitzat el *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) (72), elaborat pel *French Monitoring Center for Drugs and Drug addictions*

(OFDT, 2007) i validat en població espanyola l'any 2009. És un test basat en la freqüència de situacions relacionades amb el seu ús en els últims 12 mesos, i està integrat en el qüestionari utilitzat (74) (Annex 4).

Policonsum d'alcohol i cànnabis

S'han inclòs una pregunta relacionada amb el policonsum de substàncies: es pregunta als enquestats si han consumit alcohol i cànnabis en un període de temps inferior a 2 hores alguna vegada a la vida.

S'han codificat totes les respostes com a si/no (FRESC, 2012).

4.4.3 Variable relacionada amb l'estat de salut autopercebut

Els participants han hagut d'assenyalar quina percepció tenia del seu propi estat de salut.

S'han agrupar les respostes en 5 categories: excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta.

4.4.4 Variable relacionada amb l'estat d'ànim

Els adolescents han hagut de situar el seu estat d'ànim en una o més de les següents categories en funció de la freqüència amb que les han experimentat: sentir-se cansat per fer coses; tenir problemes per adormir-se o despertar-se abans d'hora; sentir-se desplaçat, trist o deprimit; sentir-se desesperançat de cara al futur; sentir-se nerviós o en tensió; sentir-se avorrit de les coses. Les categories de resposta s'han agrupat en: mai, quasi mai, de vegades, sovint i sempre.

S'ha considerat que un alumne presentava un estat d'ànim negatiu quan responia sovint o sempre a 3 o més dels 6 ítems (FRESC, 2012).

4.4.5 Variable relacionada amb la salut mental

Per valorar l'estat de salut mental s'ha utilitzat el qüestionari *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (144), validat en població espanyola l'any 2012, i integrat en el qüestionari utilitzat (74, Annex 6). Aquesta escala consta de 25 ítems repartits en cinc dimensions: símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb els iguals i conducta prosocial. Les categories de resposta de cada un dels ítems són: no és cert, una mica cert i absolutament cert. La puntuació total s'obté a partir de la suma de cada ítem i pot anar de 0 a 40. A major puntuació obtinguda, major probabilitat de presentar problemes de salut mental. A partir de la puntuació total obtinguda, s'ha categoritzat la variable en: normal (puntuació 0-15), escassa probabilitat de ser cas de problema de salut mental; límit (puntuació 16-19), possible cas de problema de salut mental; anormal (puntuació 20-40), probable cas de problema de salut mental.

4.4.6 Variable relacionada amb les relacions familiars

Es va preguntar com era, de manera habitual, la relació del jove amb la seva família, amb una única pregunta i cinc categories de resposta: molt bones, bastant bones, regulars, bastant dolentes i molt dolentes.

4.5 Procediment

Per portar a terme la recollida de dades es va demanar el suport de l'àmbit educatiu, municipal i familiar. A nivell educatiu, es va fer una reunió informativa a cada centre (febrer i març, 2015) amb membres de l'equip directiu (directora, cap d'estudis i/o tutors) de cadascun dels instituts per explicar el projecte i convidar-los a participar, i es va valorar l'opinió dels docents sobre la manera més adequada de recollir la informació. Es va configurar un calendari per cada grup/classe. Cada tutor va explicar als seus alumnes l'objectiu del treball i la importància que se'n podria derivar. A nivell familiar, des de cada centre es va fer arribar als pares i mares, via *mail* o en mà, la informació del treball i el full de consentiment informat, on s'explicaven els objectius del projecte, la llibertat de participar-hi, la confidencialitat de les dades, i on es sol·licitava el permís per a la participació dels seus fills. En l'àmbit municipal, es va informar a les regidories de joventut, serveis socials, sanitat i educació dels dos municipis (per telèfon a Santa Maria de Palautordera, i per *mail* a Sant Esteve de Palautordera) i es va agafar el compromís de fer un retorn a la comunitat interessada, una vegada analitzades les dades. També es va fer una reunió informativa amb el servei de Pediatria del Centre d'Atenció Primària de Santa Maria de Palautordera, que dóna cobertura als dos municipis, per explicar-los els motius de l'estudi i com es portaria a terme (Annex 7). La investigadora principal va realitzar una primera prova pilot del qüestionari *on line* amb 13 alumnes de la Sec. de Can Record (Sant Esteve de Palautordera) el dia 20 de març per valorar l'instrument i identificar les àrees del qüestionari on pogués haver confusió. Posteriorment, es van fer les correccions necessàries (es van canviar dos termes que induïen error i es va solucionar un problema en una pregunta, relacionada amb les opcions de selecció).

El qüestionari va ser administrat per la investigadora principal, del 21 de març al 17 d'abril de 2015, a les aules d'informàtica de cada centre, en horari lectiu (matins), utilitzant un total de 13 hores de tutoria. Malgrat cada sessió es dedicava a un grup-classe, cada dia, abans de començar, es feia una avaluació per incloure aquells alumnes de grups entrevistats que haguessin portat amb retard el consentiment informat signat. La investigadora va explicar als alumnes que van entregar el consentiment signat pels pares/mares o tutors, els objectius de l'estudi sobre els comportaments i estils de vida que estan relacionats amb la salut en els

joves de la seva edat, insistint en què la seva participació era fonamental per conèixer com pensen i actuen els joves d'aquests dos municipis i que permetria canviar i millorar algunes accions. A tots els entrevistats se'ls va assegurar l'anonimat per reduir l'efecte de desitjabilitat social: es va destacar que no era cap examen, que no hi havia respostes correctes ni incorrectes, i que el primordial era que expressessin lliurement la seva opinió sense deixar-se influir pel que farien els seus amics o el que els hi agradaria als adults. Tot i que el participant donés el seu consentiment de participar, si alguna pregunta creien que no l'havien de respondre o no ho volien fer, tenia total llibertat per deixar-la en blanc. Se'ls va animar a contestar lliurement les preguntes que consideressin, assegurant-los la total confidencialitat i anonimat de les dades. La informació es va recollir mitjançant un qüestionari *ad hoc* que els alumnes auto completaven en 30-40 minuts, amb la presència de la investigadora principal per resoldre dubtes de continguts o problemes tècnics, però mantenint-se fora de l'abast de les pantalles. Els resultats del qüestionari administrat mitjançant l'eina digital es van buidar directament a la base de dades creada. Després de passar el qüestionari a cada grup/classe es revisava el número de qüestionaris contestats per valorar si l'enregistrament s'havia fet correctament.

4.6 Anàlisi de dades

Per l'anàlisi estadística de les dades s'ha utilitzat el programa SPSS 22.0 per a Windows. S'han utilitzat els mètodes descriptius bàsics, de manera que les variables qualitatives s'han descrit amb les freqüències absolutes per cada categoria i els percentatges corresponents; i per les variables quantitatives s'han obtingut els valors mínim, màxim, mitjana aritmètica i desviació estàndard.

En les taules de contingència s'ha obtingut la freqüència i el percentatge de casos que presenten les dues característiques de manera conjunta. Per l'anàlisi d'associació entre variables qualitatives s'ha utilitzat el test de contrast d'hipòtesi khi quadrat. Les diferències considerades estadísticament significatives són aquelles amb $p < 0.05$.

4.7 Consideracions ètiques

Aquest estudi s'ha basat en les normes de bona pràctica clínica i s'han respectat les disposicions de la Declaració de Helsinki. En el consentiment es va informar als participants i a les seves famílies que les dades recollides serien tractades amb totes les garanties de confidencialitat i que es destinarien exclusivament a les finalitats expressades en el treball segons el que es disposa en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, sobre protecció de Dades de Caràcter Personal. També es va garantir l'absolut anonimat i secret de les

respostes conforme la Llei de Secret Estadístic 12/1989, de 9 de maig. Una vegada obtinguda la informació de manera anònima, es van destruir els qüestionaris individuals, i totes les dades es van analitzar de manera conjunta. Les dades extretes no es podien associar de cap manera a la persona que els havia complimentat i no hi va haver problemes de confidencialitat. Per evitar la possibilitat de fer el seguiment de les respostes mitjançant la direcció IP de l'ordinador (número que identifica), es van utilitzar els portàtils públics dels instituts perquè ningú (pares/mares/tutors, mestres, investigadora) pogués relacionar mai la informació extreta amb cap alumne.

A més, malgrat que és un qüestionari totalment anònim, abans de l'administració del qüestionari es va fer arribar als progenitors un full de consentiment informat on se'ls informava del projecte, s'explicaven els objectius i es garantia l'anonimat.

5. RESULTATS

5.1 Característiques demogràfiques i generals

La mostra està formada per 207 adolescents d'edats compreses entre els 12 i els 15 anys (edat mitjana de 12,80; DT: 0,73), que cursaven 1r i 2n d'ESO als únics centres d'ensenyament secundari que hi ha en aquests municipis: l'Institut Reguissol de Santa Maria de Palautordera i la secció d'Institut (Sec.) Can Record de Sant Esteve de Palautordera durant el curs acadèmic 2014-2015. El 57% (n=118) eren nois i el 42,99% (n=89) noies. A les Figures 7 i 8 s'observa la distribució segons l'edat i el sexe, i curs i sexe, respectivament, i la Taula 6 mostra la distribució per sexe i centre d'ESO.

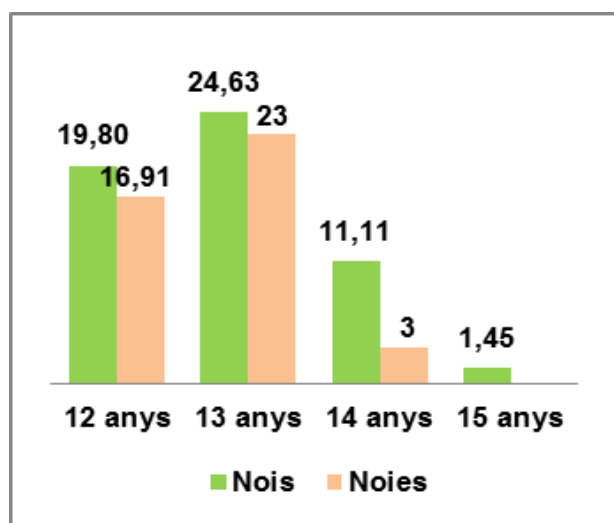


Figura 7: Distribució dels adolescents segons l'edat i el sexe. (%)

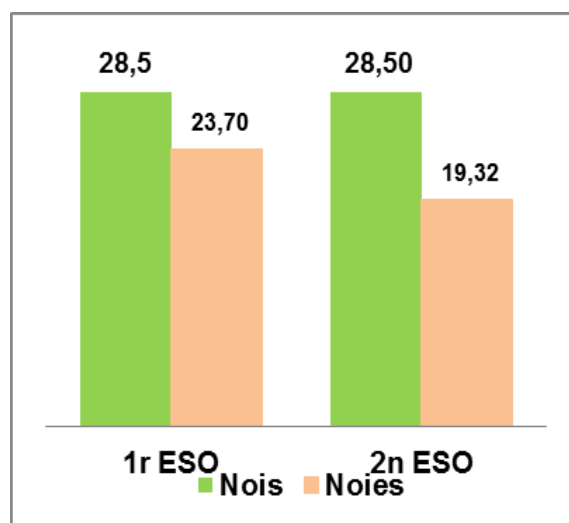


Figura 8: Distribució dels adolescents segons el curs i el sexe. (%)

Taula 6: Distribució dels adolescents segons el centre d'ensenyament secundari i el sexe. **n** (% relatiu al centre i % relatiu al sexe)

		Noi	Noia	Total
Ins Reguissol	n	71	56	127
	% centre	55,9	44,1	100
	% sexe	60,2	62,9	61,4
	Total	34,3	27,1	61,4
Sec Can Record	n	47	33	80
	% centre	58,8	41,3	100
	% sexe	39,8	37,1	38,6
	Total	22,7	15,9	38,6
Total	n	118 (57)	89 (43)	207 (100)

La Taula 7 recull característiques generals de la mostra pel que fa a l'estructura i el nivell socioeconòmic de la família, el nivell acadèmic autopercebut i els diners que disposa l'alumne a la setmana.

Taula 7: Característiques generals dels adolescents segons el sexe. **n** (% relatiu a la fila)

	Noi (n=118)	Noia (n=89)	Total	p
Estructura familiar				0,946
Biparental	94a (79,7)	73a (82,0)	167 (80,7)	
Reestructurada	12a (10,2)	9a (10,1)	21 (10,1)	
Monoparental	8a (6,8)	5a (5,6)	13 (6,3)	
Altra situació de convivència	4a (3,4)	2a (2,2)	6 (2,9)	
Nivell socioeconòmic de la família (FAS)				0,023*
Alt	65a (55,1)	65b (73,0)	130 (62,8)	
Mig	45a (38,1)	22b (24,7)	67 (32,4)	
Baix	8a (6,8)	2a (2,2)	10 (4,8)	
Nivell acadèmic autopercebut				0,046*
Estic entre el terç més baix de la meva classe	13a (11,1)	6a (6,7)	19 (9,2)	
Estic entre el terç mitjà de la meva classe	74a (63,2)	46a (51,7)	120 (58)	
Estic entre el terç més alt de la meva classe	30a (25,6)	37b (41,6)	67 (32,4)	
Diners disponibles a la setmana				0,153
0 euros	54 (47,0)	34 (38,6)	88 (43,3)	
10 euros o menys a la setmana	40 (34,8)	39 (44,3)	79 (38,9)	
Entre 10 i 30 euros a la setmana	16 (13,9)	7 (8,0)	23 (11,3)	
Més de 30 euros a la setmana	5 (4,3)	8 (9,1)	13 (6,4)	

a-b En la mateixa fila diferents lletres indiquen diferències estadísticament significatives a nivell 0,05

5.2 Patró d'experimentació amb el tabac, alcohol i cànnabis

A continuació es presenta la distribució dels participants segons la seva experimentació amb el tabac, l'alcohol i el cànnabis.

5.2.1 Tabac

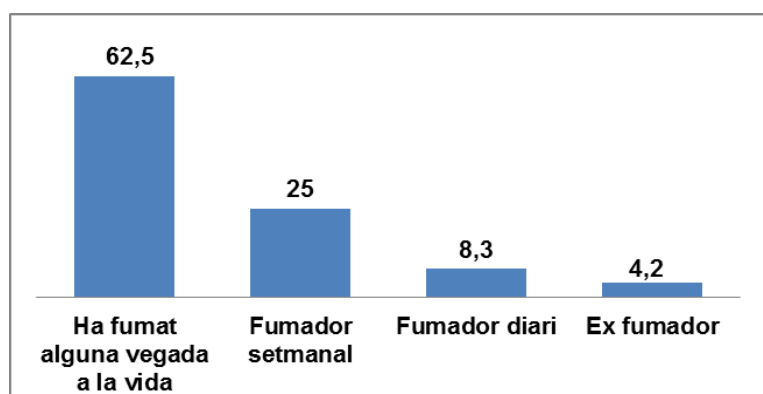
S'observa que la majoria dels adolescents participants en l'estudi mai han fumat tabac.

El percentatge de nois que fumen o han fumat alguna vegada a la seva vida és superior al de les noies ($\chi^2_{(1)} = 3,95$; $p = 0,046$) (Taula 8).

Taula 8: Distribució dels adolescents segons la seva experimentació amb el tabac i el sexe. *n* (%)

Experimentació amb el tabac	No	Si	Tota	<i>p</i>
Noi	98 (83,1)	20 (16,9)	118	0,046
Noia	82 (92,1)	7 (7,9)	89	
Total	180 (87)	27 (13)	207	

A la Figura 9 s'observa el patró de consum dels adolescents que han experimentat alguna vegada amb el tabac segons si l'han provat alguna vegada a la seva vida, fumen alguna vegada a la setmana, són fumadors diaris o són ex fumadors.


Figura 9: Patró de consum de tabac entre els adolescents. (%)

Un 84% dels participants que han tingut contacte amb el tabac afirma que no n'ha comprat mai i un 16% afirma que sí n'ha comprat. Del total de la mostra ($n=207$), un 4,34% són fumadors regulars i diaris. La gran majoria dels alumnes (95,1%) no ha fet servir mai la **cigarreta electrònica**, i tan sols el 4,9% l'ha utilitzat. Dels que l'han provat, un 60,7% l'han fet servir una vegada i un 39,4% en fan un ús setmanal. Del 13% dels adolescents que han provat el tabac ($n=27$), el 33,33% ($n=9$) també ha experimentat amb la cigarreta electrònica. Només un noi (0,049%) ha provat la cigarreta electrònica sense haver experimentat abans el tabac.

Quan s'analitza la **convivència amb familiars que fumen** habitualment dins de casa, s'observa que el 16,9% dels participants conviu amb una persona que fuma, l'11,6% amb dues i el 3,4% amb tres o més persones que fumen. Un 4,9% ($n=10$) conviu amb un o dos familiars que utilitzen la cigarreta electrònica.

5.2.2 Alcohol

A la Taula 9 es presenta la distribució d'alumnes segons la seva experimentació amb l'alcohol.

Significativament més noies que nois afirmen no haver provat mai l'alcohol ($\chi^2_{(1)} = 6,09$; $p = 0,014$).

Taula 9: Distribució dels participants que han experimentat amb l'alcohol alguna vegada a la seva vida, segons sexe. **n (%)**

Experimentació amb l'alcohol	No	Sí	Total	<i>p</i>
Noi	74 (62,7)	44 (37,3)	118	0,014
Noia	70 (78,7)	19 (21,3)	89	
Total	144 (69,6)	63 (30,4)	207	

La Figura 10 mostra el patró de consum d'alcohol entre els adolescents segons si han provat l'alcohol alguna vegada a la vida, en el darrer any, en els darrers 6 mesos o 30 dies.

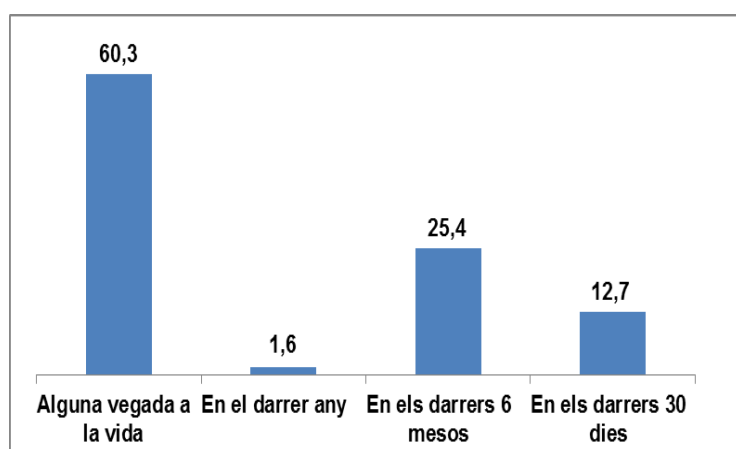


Figura 10: Consum d'alcohol dels adolescents segons la seva freqüència d'ús. (%)

A la Taula 10 s'observa el patró de consum d'alcohol d'almenys mig got d'alguna beguda alcohòlica entre els adolescents segons el dia de la setmana.

Taula 10: Distribució del patró de consum d'alcohol dels participants d' almenys mig got d'alguna beguda alcohòlica segons dia de la setmana. **n (%)**

	Total	Noi	Noia	χ^2 (g)	<i>p</i>
Consum durant els dies de classe (de dilluns a divendres)					0,80 0,372
No	59 (93,65)	42 (95,5)	17 (89,5)		
Sí	4 (6,35)	2 (4,5)	2 (10,5)		
Consum durant el cap de setmana (de dissabte a diumenge)					0,26 0,610
No	55 (87,30)	39 (92,9)	16 (88,9)		
Sí	5 (7,93)	3 (7,1)	2 (11,1)		

El 81,5% ($n=53$) dels adolescents de la mostra que han tingut un consum experimental no s'ha emborratxat mai, un 7,7% ($n=5$) afirma que ho han fet alguna vegada a la vida i un 10,8% ($n=7$) s'ha emborratxat en els últims sis mesos. D'aquests darrers, un 7,9% ($n=5$) ho ha fet en una ocasió i un 3,2% ($n=2$) s'ha emborratxat més de dues vegades.

Dels adolescents que declaren que han experimentat amb l'alcohol, un 14,28% (n=9) afirma que ha realitzat un consum intensiu d'alcohol (*binge drinking*), en els darrers 30 dies.

Dels alumnes que declaren haver experimentat amb l'alcohol, el 55% (n=33) diu que beu almenys mig got d'algun tipus de beguda alcohòlica en festes familiars i el 41,7% (n=25) en discoteques o bars.

Del 30,4% (n=63) d'adolescents que afirmen que han tingut un consum experimental amb l'alcohol, només un 44,44% (n=28) assenyala el lloc on l'ha aconseguit o comprat (Figura 11).

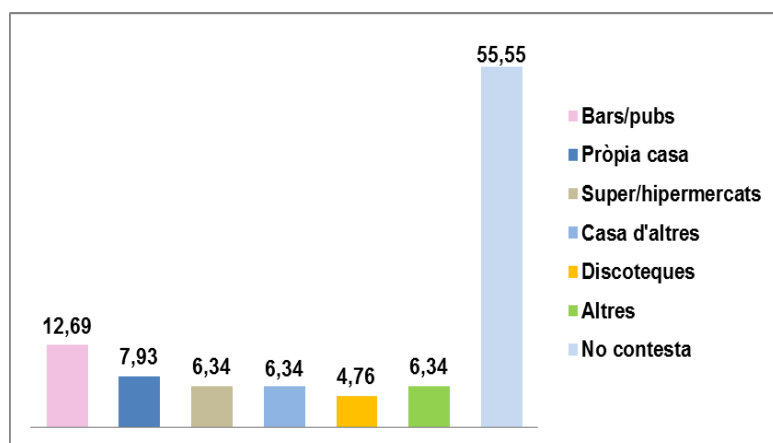


Figura 11: Distribució dels participants segons el lloc on aconsegueixen l'alcohol. (%)

5.2.3 Cànnabis

Nou de cada deu participants en l'estudi afirma que mai ha provat el cànnabis.

La Taula 11 mostra la distribució dels participants segons la seva experimentació amb el cànnabis. Malgrat més nois que noies declaren haver provat el cànnabis alguna vegada a la seva vida, les diferències observades no són estadísticament significatives ($p=0,50$).

Taula 11: Distribució dels adolescents que han experimentat amb cànnabis, segons sexe. n (% relatiu al sexe)

Experimentació amb cànnabis	No	Sí	Total	p
Noi	110 (93,2)	8 (6,8)	118	0,050
Noia	87 (98,9)	1 (1,1)	88	
Total	197 (95,6)	9 (4,4)	206	

*Manca la resposta d'1 persona en aquesta pregunta

Entre els alumnes que han consumit cànnabis, un 66,7% (n=6) l'ha provat alguna vegada a la seva vida, un 22,2% (n=2) en els últims dotze mesos i un 11,1% (n=1) en els últims 30 dies. Del total d'alumnes que ha experimentat alguna vegada amb el cànnabis, un 22,22% (n=2) presenta un consum de risc baix i un 22,22% (n=2) presenta un consum de risc moderat d'aquesta droga.

5.3 Edat d'inici en el consum de tabac, alcohol i cànnabis

A la Taula 12 es mostra el percentatge de participants que han consumit almenys una vegada a la vida tabac, alcohol i cànnabis, i la mitjana d'edat en la que cadascuna d'aquestes substàncies va ser consumida per primera vegada.

Taula 12: Distribució d'adolescents que han provat el tabac, la cigarreta electrònica, l'alcohol i el cànnabis, i l'edat de la primera experimentació

Substància	Adolescents que l'han provat n (%)	Mín. (anys)	Màx. (anys)	Edat d'inici (anys)	DT
Tabac	27 (13%)	10,0	14,0	12,5	1,1
E-cigarreta	10 (4,9%)	12,0	14,0	13,3	0,8
Alcohol	63 (30,4%)	2,0	13,0	10,8	2,5
Cànnabis	9 (4,4%)	10,0	15,0	12,8	1,3

5.4 Policonsum i experimentació combinada de tabac, alcohol i cànnabis

Del 4,4% (n=9) dels adolescents que afirmen que han consumit alguna vegada cànnabis, un 33,3% ha respòs que ha consumit alcohol i cànnabis en un període de temps inferior a 2 hores, alguna vegada a la vida.

Quan s'analitza l'**experimentació combinada de tabac, alcohol i/o cànnabis**, s'observa que l'alcohol està present en totes les variants de consum quan els participants experimenten amb més d'una substància de les tres analitzades (Figura 12).

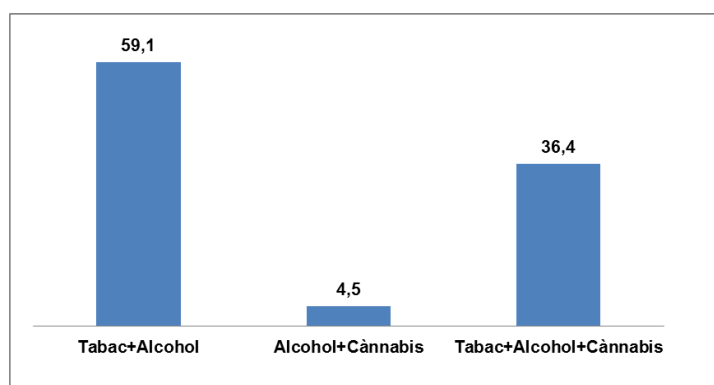


Figura 12: Distribució dels participants segons la seva experimentació combinada de tabac i/o alcohol i/o cànnabis. (%)

Quant a la **relació entre l'experimentació del tabac i el cànnabis**: el 98,9% dels participants que mai ha provat el tabac, tampoc no ha provat el cànnabis. El 25,9% dels que han experimentat amb el tabac, també ho han fet amb el cànnabis i només un 1,1% dels que no han provat mai el tabac han provat el cànnabis. Les diferències observades són estadísticament significatives ($p < 0,005$).

Malgrat les diferències no són significatives ($\chi^2_{(2)} = 1,25$; $p = 0,535$), s'observa que més noies que nois (80% vs 52,9%, respectivament) han experimentat amb el tabac i l'alcohol, i que, en canvi, més nois (41,2% vs 20%) han provat les tres substàncies estudiades.

5.5 Creences dels participants sobre el consum alcohol

Sis de cada deu participants no creuen que beure alcohol fa les festes més divertides, tres de cada deu sí que hi estaria d'acord.

Significativament, més noies que nois estan totalment i bastant en desacord que les begudes alcohòliques fan les festes més divertides ($\chi^2_{(3)} = 8,36$; $p = 0,039$) (Figura 13).

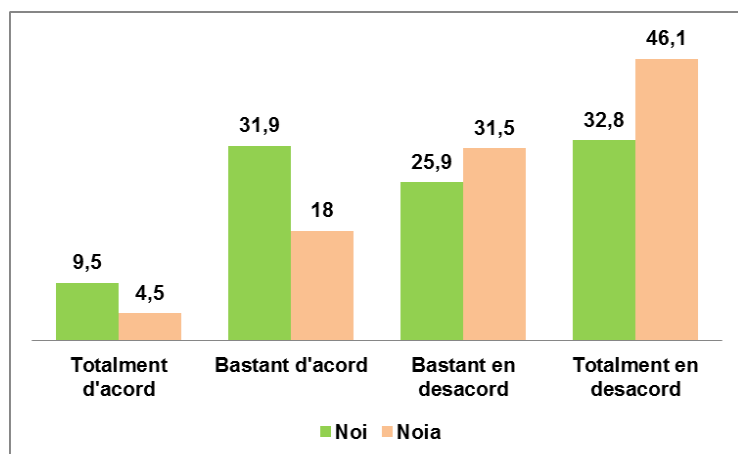


Figura 13: Distribució d'adolescents segons la seva creença respecte a que "les begudes alcohòliques fan les festes més divertides" i el sexe. (%)

Set de cada deu adolescents creuen que la majoria dels adults prenen begudes alcohòliques, i només el 30,6% dels adolescents no estan d'acord amb aquesta afirmació. Quan s'analitzen les diferències d'aquesta afirmació entre sexes, s'observa que significativament, els nois opinen que la majoria d'adults pren begudes alcohòliques ($\chi^2_{(3)} = 15,73$; $p = 0,001$) (Figura 14).

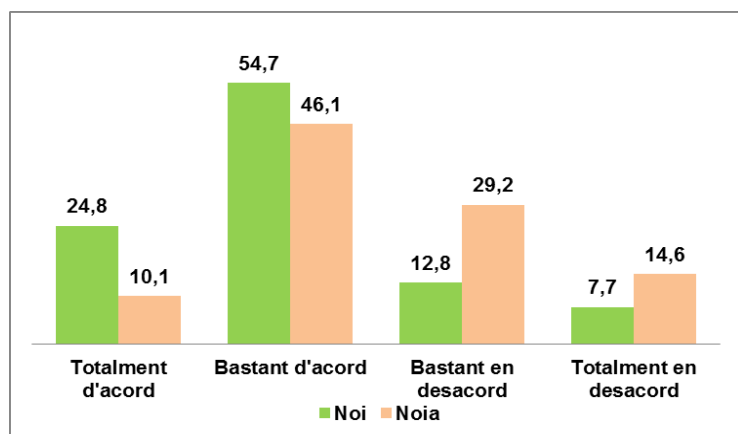


Figura 14: Distribució dels adolescents de la mostra segons la seva creença respecte a que "la majoria de les persones grans pren begudes alcohòliques" i el sexe (%)

5.6 Percepció sobre el grau de perillositat del tabac, alcohol i cànnabis

Vuit de cada deu adolescents creuen que el consum de cànnabis és molt perillós i, en canvi, el consum d'alcohol i de tabac el perceben com a moderadament perillós, sis i set de cada deu, respectivament. La proporció d'alumnes que percebeix que l'alcohol no és gens perillós és més gran que els que opinen que tampoc ho són el tabac i el cànnabis.

La Taula 13 mostra la distribució dels participants segons la seva percepció respecte el grau de perillositat del tabac, de l'alcohol i del cànnabis.

Quan s'analitza **la percepció sobre el grau de perillositat de les tres substàncies segons el sexe** no hi ha diferències significatives entre nois i noies ($p > 0,05$).

La majoria atorga al tabac i alcohol un grau de perillositat moderat i percep com a alta la perillositat del cànnabis.

Taula 13: Distribució dels adolescents de la mostra segons la seva percepció sobre el grau de perillositat del tabac, alcohol i cànnabis i el sexe. **n** (% relatiu a la fila i a la columna)

Perillositat percebuda		n	N	Total	p
Tabac	Baixa	2 (1,7)	3 (3,4)	5 (2,5)	0,725
	Mitjana	80 (69)	58 (66,7)	138 (68)	
	Alta	34 (29,3)	26 (29,9)	60 (29,6)	
Alcohol	Baixa	11 (9,6)	3 (3,4)	14 (7)	0,214
	Mitjana	75 (65,8)	59 (67,8)	134 (66,7)	
	Alta	28 (24,6)	25 (28,7)	53 (26,4)	
Haixix/Marihuana	Baixa	6 (5,3)	1 (1,2)	7 (3,6)	0,271
	Mitjana	19 (16,7)	17 (20,5)	36 (18,3)	
	Alta	89 (78,1)	65 (78,3)	154 (78,2)	

5.7 Percepció sobre el consum de tabac, alcohol i cànnabis del grup d'iguals

Quan s'analitza **la percepció del consum de tabac dels iguals segons el sexe**, malgrat no ser significativa, s'observa que la majoria de noies creu que cap dels seus amics fuma tabac mentre que la majoria de nois pensa que alguns dels seus amics sí en fumen. D'entre els participants que creuen que tots o quasi tots els seus amics fumen tabac, el percentatge de noies duplica al de nois, encara que no és significatiu.

A l'analitzar **la percepció del consum d'alcohol en el grup d'iguals segons el sexe** s'observa, amb diferències significatives, que la majoria de noies creu que cap o només alguns dels seus amics consumeix alcohol mentre la meitat dels nois creu que beuen alcohol alguns dels seus amics. D'entre els participants que creuen que tots o quasi tots els seus amics beuen alcohol, el percentatge de noies supera el de nois ($\chi^2_{(3)} = 8,06$; $p = 0,045$) (Figura 15).

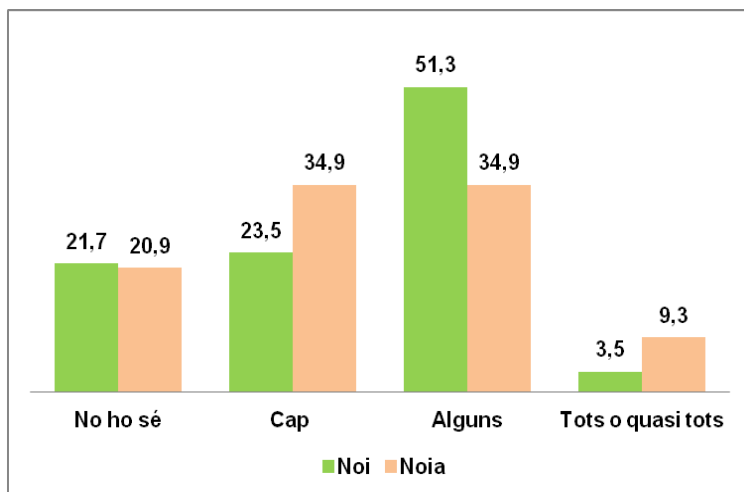


Figura 15: Distribució dels adolescents segons la seva opinió sobre el consum d'alcohol del seu grup d'amics i el sexe (%)

Quan s'analitza la **percepció del consum de cànnabis dels iguals segons el sexe**, casi la meitat de les noies creu que cap dels seus amics en consumeix i la majoria de nois afirma que no ho sap o que cap d'ells, malgrat la diferència no és significativa. D'entre els grups de participants que pensa que tots o quasi tots els seus amics consumeix cànnabis és superior en les noies ($\chi^2_{(3)}=7,07$; $p=0,075$).

5.8 Estat de salut autopercebut i consum de tabac, alcohol i cànnabis

El 74,3% dels adolescents nois declara que la seva salut és molt bona o excel·lent. El percentatge de noies que afirma el mateix és lleugerament inferior (71,9%). No obstant, no s'observen diferències significatives entre els nois i les noies ($\chi^2_{(4)}=2,88$; $p=0,578$) respecte els diferents nivells d'autopercepció de salut (excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta (Figura 16), per la qual cosa el nivell d'autopercepció de salut és independent del sexe.

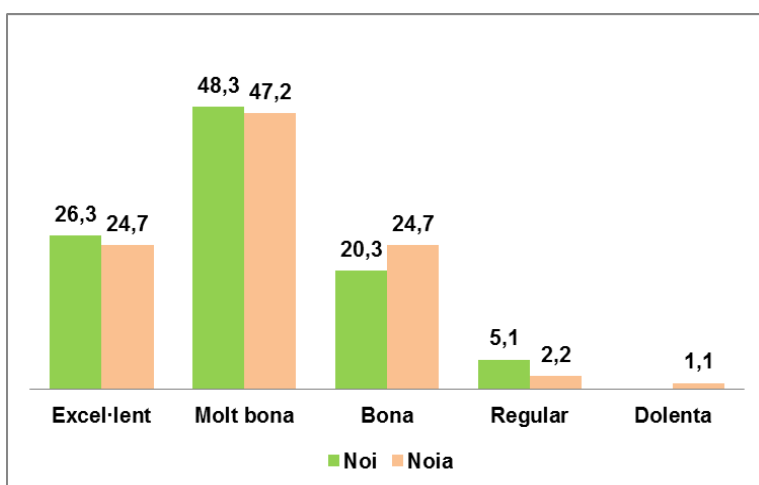


Figura 16: Distribució de l'estat de salut autopercebut dels adolescents i el sexe (%)

Quan es valora l'estat de salut autopercebut dels adolescents amb el consum de les tres substàncies, s'observen diferències significatives en el consum de tabac, de manera que els fumadors de tabac perceben un pitjor estat de salut (Taula 14).

Taula 14: Distribució dels adolescents segons el consum de tabac, alcohol i cànnabis i l'estat de salut autopercebut. n (%)

Estat de salut autopercebut								
Substància	Consum	Molt dolenta/ Dolenta	Regular	Bona/ Molt bona	Excel·lent	Total	X ² (g.l.)	p
Tabac	No		7a,b (87,5)	124a,b (85,5)	49b (92,5)	180 (87)	8,345(3)	0,039*
	Sí	1a (100)	1a,b (12,5)	21a,b (14,5)	4b (7,5)	27 (13)		
	Total	1 (100)	8 (100)	145 (100)	53 (100)	207 (100)		
Alcohol	No		4 (50)	99 (68,3)	41 (77,4)	144 (69,6)	5,366(3)	0,147
	Sí	1 (100)	4 (50)	46 (31,7)	12 (22,6)	63 (30,4)		
	Total	1 (100)	8 (100)	145 (100)	53 (100)	207 (100)		
Cànnabis	No	1 (100)	7 (87,5)	136 (95,1)	52 (98,1)	196 (95,6)	2,178(3)	0,536
	Sí		1 (12,5)	7 (4,9)	1 (1,9)	9 (4,4)		
	Total	1 (100)	8 (100)	143 (100)	53 (100)	205 (100)		

a,b. Comparació proporcions de columna en el nivell 0,05

5.9 Estat d'ànim i consum de tabac, alcohol i cànnabis

El 89,8% dels nois i el 84,3% de les noies no presenten estat d'ànim negatiu, malgrat aquestes diferències no són significatives i no hi ha relació entre l'estat d'ànim negatiu i el sexe ($\chi^2 = 1,43$; $p = 0,232$), s'observa que les noies presenten un estat d'ànim negatiu lleugerament superior als nois: un 15,7% i un 10,2% respectivament.

Significativament, quan es valora l'estat d'ànim dels adolescents amb el consum de les tres substàncies que s'analitzen, s'observa que el percentatge en el consum de tabac, alcohol i cànnabis és major en aquells estudiants que presenten un estat d'ànim negatiu, tal com mostra la Taula 15.

Taula 15: Distribució dels adolescents segons el consum de tabac, alcohol i cànnabis i la presència d'estat d'ànim negatiu. n (%)

Estat d'ànim negatiu					
Substància	Consum	No	Sí	Total	X ² (g.l.) p
Tabac	No	162 (89,5)	18 (69,2)	180 (87)	8,237(1) 0,011
	Sí	19 (10,5)	8 (30,8)	27 (13)	
	Total	181 (100)	26 (100)	207 (100)	
Alcohol	No	130 (71,8)	14 (53,8)	144 (69,6)	3,851(1) 0,049
	Sí	51 (28,2)	12 (46,2)	63 (30,4)	
	Total	181 (100)	26 (100)	207 (100)	
Cànnabis	No	174 (96,7)	22 (88)	196 (95,6)	3,928(1) 0,047
	Sí	6 (3,3)	3 (12)	9 (4,4)	
	Total	180 (100)	25 (100)	205 (100)	

a,b. Comparació proporcions de columna en el nivell 0,05.

5.10 Estat de salut mental i consum de tabac, alcohol i cànnabis

El 84,6% dels nois i el 84,3% de les noies obtenen una valoració mental normal amb el **Strenghts and Difficulties Questionnaire** (SDQ) (Figura 17). Ambdues variables són independents, per la qual cosa la valoració mental obtinguda entre els participants és igual entre nois i noies ($\chi^2_{(3)} = 0,765; p = 0,858$).

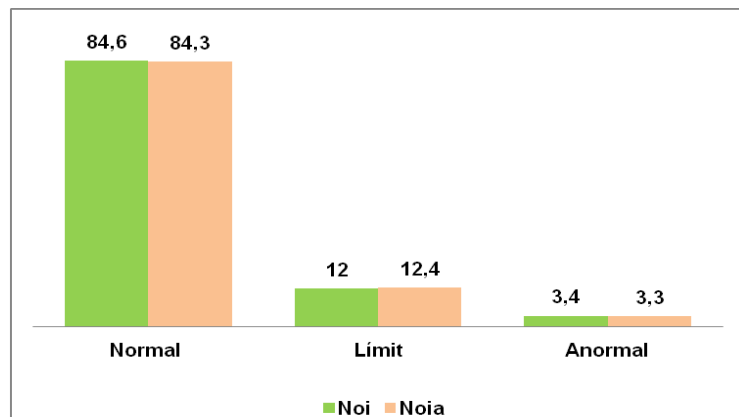


Figura 17: Distribució dels adolescents segons la puntuació obtinguda a l'escala *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ) i el sexe

Quan s'analitza l'estat de salut mental amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis, s'observa que, amb diferències significatives, hi ha més estudiants que consumeixen alcohol entre els que tenen un nivell de SDQ límit (48%), seguit pels estudiants que són també consumidors d'alcohol amb un SDQ anormal (42,9%).

La proporció més gran de participants amb SDQ normal es correspon amb aquells que no consumeixen cap substància.

La proporció de consumidor de tabac de la mostra és més elevada en els adolescents amb un SDQ límit, però no és estadísticament significatiu ($p=0,544$) (Taula 16).

Taula 16: Distribució d'adolescents segons el consum de tabac, alcohol i cànnabis i el seu estat de salut mental segons el SDQ. n (%)

		Estat de salut mental			Total	χ^2 (g.l.)	p
	Consum	SDQ Normal	SDQ Limit	SDQ Anormal			
Tabac	No	153a (87,9)	20a (80)	6a (85,7)	179 (86,9)	1,216(2)	0,544
	Sí	21a (12,1)	5a (20)	1a (14,3)	27 (13,1)		
	Total	174 (100)	25 (100)	7 (100)	206 (100)		
Alcohol	No	126a (72,4)	13b (52)	4b (57,1)	143 (69,4)	6,012(2)	0,049
	Sí	48a (27,6)	12b (48)	3b (42,9)	63 (30,6)		
	Total	174 (100)	25 (100)	7 (100)	206 (100)		
Cànnabis	No	165a (94,8)	24a (100)	6a (100)	195 (95,6)	1,623(2)	0,444
	Sí	9a (5,2)			9 (4,4)		
	Total	174 (100)	24 (100)	6 (100)	204 (100)		

a,b. Comparació proporcions de columna en el nivell 0,05.

5.11 Qualitat de les relacions dels adolescents amb la seva família i consum de tabac, alcohol i cànnabis

La majoria d'alumnes tenen molt bona relació amb la seva família. La Figura 18 mostra la distribució dels participants segons el nivell de relació que els adolescents afirmen mantenir amb la seva família (molt bona, bona, regular, bastant dolenta i molt dolenta) segons el sexe. No s'observen diferències significatives respecte al mateix entre nois i noies ($\chi^2_{(4)} = 1,53$; $p=0,821$).

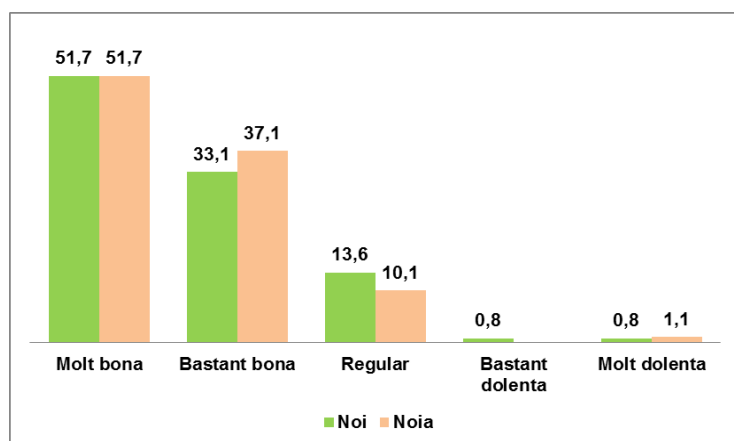


Figura 18: Distribució dels adolescents de la mostra segons el nivell de les relacions que mantenen amb la seva família i el sexe

Quan es valora **el nivell de relació que tenen els adolescents amb les famílies i el consum de les tres substàncies**, s'observa que hi ha diferències significatives en el consum d'alcohol: els estudiants que manifesten tenir unes relacions regulars amb la seva família tenen el percentatge més alt d'experimentació amb aquesta substància, tal i com mostra la Taula 17.

Taula 17: Distribució dels adolescents segons el consum de tabac, alcohol i cànnabis i les relacions familiars. n (%)

Substància	Consum	Relacions familiars			Total	χ^2 (g.l.)	p
		Molt/Bastant dolentes	Regulars	Bastant/Molt bones			
Tabac	No	2a (66,7)	20a (80)	158a (88,3)	180 (87)	2,427(2)	0,297
	Sí	1a (33,3)	5a (20)	21a (11,7)	27 (13)		
	Total	3 (100)	25 (100)	179 (100)	207 (100)		
Alcohol	No	2a,b (66,7)	12b (48)	130a (72,6)	144 (69,6)	6,259(2)	0,043*
	Sí	1a,b (33,3)	13b (52)	49a (27,4)	63 (30,4)		
	Total	3 (100)	25 (100)	179 (100)	207 (100)		
Haixix/Marihuana	No	2 (100)	24 (96)	170 (95,5)	196 (95,6)	0,106(2)	0,949
	Sí		1 (4)	8 (4,5)	9 (4,4)		
	Total	2 (100)	25 (100)	178 (100)	205 (100)		

6. DISCUSSIÓ

Els resultats obtinguts en aquest treball, mostren percentatges de consum de tabac, alcohol i cànnabis en els participants inferiors als observats en altres estudis (5, 58, 60, 63).

Probablement, aquesta dada sigui inferior a la d'altres recerques per què aquestes monitoritzen els mateixos hàbits en els adolescents a partir dels 14 anys, i no pas dels 12 anys com en el present estudi. Una explicació de perquè l'edat de la primera experimentació és més prematura podria estar relacionada amb l'actual pla d'estudis; els menors comencen l'educació secundària als 12 anys (abans, en canvi, amb el pla d'educació general bàsica es feia als 14 anys) i sol ser el primer contacte amb el món dels adolescents tardans i amb els seus hàbits i comportaments. Significativament, en l'experimentació de tabac i alcohol hi ha diferències intergènere, i més nois que noies les han provat. En el cas del cànnabis, també hi ha més nois que noies que l'han provat. Possiblement, la baixa experimentació observada en l'estudi actual estigui relacionada amb l'edat de la mostra (5, 58, 69, 73, 74). El percentatge dels participants que han tingut el primer contacte amb el **tabac** (13%) és més baix que els resultats que assenyalen l'ESTUDES 2012/2013 a Catalunya (63) (33,15% als 14 anys). El percentatge dels que fumen de manera regular i diària (el 4,34% de la mostra) és també inferior que a la majoria de països europeus (7% al 14%) per aquest grup de població (60). Segons l'ESTUDES 2012/2013 (58), el 38,4% d'estudiants de 14 a 18 anys a Espanya ha fumat tabac alguna vegada a la seva vida.

L'ús de l'**e-cigarreta** és més alt del que mostren els estudis realitzats a EUA al 2012 en la franja d'edat de 14 a 18 anys (1,5%), però inferior que a la resta de països d'Europa com França (8,1%), tant en el nombre de menors que l'han provat alguna vegada (4,9% de la mostra), com en els que l'usen de forma esporàdica (almenys una vegada a la setmana), com pels que l'e-cigarreta ha estat el primer contacte amb el fumar (64, 65, 67). Caldrà veure l'evolució, ja que ni a Catalunya ni tampoc a Espanya els percentatges de la despesa utilitzada en la seva promoció han arribat al nivell de països com EUA (2.000 milions de dòlars al 2013) (146). Possiblement, com apunta Córdoba (24), el major problema d'aquestes cigarretes no sigui només el contingut, sinó que promoguin l'inici del consum en els adolescents o retenguin als fumadors habituals en el consum de nicotina i en la dependència gestual.

Una dada sorprenent, malgrat l'extensa informació i les múltiples campanyes fetes pels diferents organismes oficials sobre els perills del fum del tabac, és que més d'un terç dels estudiants conviuen a casa amb fumadors habituals de tabac i prop d'un 5% amb fumadors d'e-cigarreta. L'ESTUDES 2014/2015 (5) assenyalen que casi la meitat dels estudiants espanyols de 14 a 18 anys (49,7%) conviuen en llars on es fuma habitualment. Caldria preguntar-se perquè els pares fan els seus fills fumadors passius, si per falta de criteri o perquè la informació no arriba a tothom. A més, el nucli familiar és el principal agent modulador del risc/protecció del consum de drogues en edats primerenques, i el primer lloc

on l'infant aprèn a consumir les substàncies socialment acceptades, sobretot l'alcohol (121,122).

També el consum experimental de l'**alcohol** en la mostra estudiada és més baix que el que assenyalen les enquestes de l' ESPAD per joves de 15 i 16 anys (60) i l'ESTUDES per joves d'entre 14 i 18 anys tant a nivell espanyol (5, 58) -al 2012, un 83,9% de joves de 14 a 18 anys han experimentat amb l'alcohol i al 2014, un 78,9%- com a Catalunya (63) -al 2012, 79,8%. Malgrat que el percentatge és més baix, és indicatiu si tenim en compte l'edat dels participants en l'estudi. També és destacable, coincidint amb l'ESTUDES (58), que la meitat dels que ja han pres mig got d'una beguda alcohòlica ho hagin fet en festes familiars, i quatre de cada deu en discoteques o bars. Destaca la facilitat amb què els adolescents poden obtenir alcohol, en comerços i discoteques, quan aquesta és una pràctica il·legal a la seva edat. Aquest resultat concorda amb el d'altres treballs que assenyalen que la substància que els joves majoritàriament perceben com de més fàcil disponibilitat és l'alcohol. També és notable la proporció d'alumnes que, havent provat l'alcohol, ja ha sofert les primeres borratxeres i que alguns ja han experimentat, també, amb el consum intensiu d'alcohol (*binge drinking*). L'última edició d'ESTUDES (5) mostra que el 14,2% dels joves de 14 anys (sense diferència entre sexes) ja ha fet *binge drinking*, i en aquest treball és del 4,34%.

Aquest estudi mostra la concordança amb l'enquesta europea que assenyalava que la prevalença de consum de **cànnabis** entre menors de 15 anys és del 0% al 8%, i malgrat que hi ha més nois que noies que afirmen que l'han provat almenys una vegada, la diferència no és significativa. Segons els resultats del *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) es desprèn que un percentatge important dels adolescents que consumeix cànnabis mostra un consum de risc moderat (22,22%) i que també hi ha consumidors problemàtics (22,22%). A Espanya, l'any 2014 (5) el consum problemàtic de cànnabis als 14 anys ha sigut del 7,9%.

Els resultats obtinguts per a la variable **policonsum** d'alcohol i cànnabis en la mostra estudiada són baixos respecte a d'altres estudis. El fet que aquests comptabilitzin la variable edat en franges més àmplies que van dels 13 als 18 anys pot ser una de les seves raons. Aquest va ser el motiu per afegir l'anàlisi de l'experimentació combinada de les tres substàncies, que no mostra diferències entre gèneres. Quan s'analitza l'experimentació combinada de tabac, alcohol i/o cànnabis, s'observa en els participants que l'alcohol està present en totes de les variants d'experimentació i/o consum. Coincidint amb d'altres estudis (5, 58, 60), els resultats d'aquest treball mostren que l'alcohol és la droga legal que més provenen els menors d'entre 12 i 15 anys i de manera més precoç, la més acceptada socialment i la que és més fàcil d'obtenir (5, 58). La majoria d'adolescents que no ha fumats mai tabac afirma que tampoc ha provat/consumit cànnabis. No obstant, un de cada quatre

que ha provat el tabac, també ha provat el cànnabis. Sorpren que hi ha adolescents que afirmen que quan fumen, només fumen porros de cànnabis, malgrat que la forma habitual de consum és barrejada amb tabac (sobretot el haixix). Així doncs, molts, quan consumeixen cànnabis, no tenen la percepció que també fumen tabac, ja sigui en forma de cigarreta o d'embolicar. Això pot provocar un efecte no desitjat: l'addicció al tabac. Aquest ús associat, com suggereixen alguns autors (147, 148), s'hauria de tenir en compte en les campanyes de prevenció, ja que el tabac, a més, pot actuar com a porta d'entrada al consum d'altres drogues (78). Aquest no reconeixement de ser fumador de tabac es posa de manifest en l'últim informe del Projecte évíct (149) –que estudia el policonsum de cànnabis i tabac a Espanya-, on també s'observa la tendència creixent de fumadors que s'inicien al tabac amb el consum de cànnabis i mantenen l'ús combinat de les dues substàncies i ho explica per la forta associació epidemiològica entre els dos consums. Diversos autors afirmen que es deu a que les dues substàncies comparteixen la via d'administració i el dispositiu (150,151). Inclús s'ha observat que la interrupció d'una de les dues substàncies comporta, en moltes ocasions, un increment del consum de la segona (152).

L'edat de les **primeres experimentacions**, entre el 12 i els 16 anys, és un dels indicadors de les tendències en el consum de risc de diverses substàncies i s'associa a consums problemàtics (59, 91). L'ESPAD (60) assenyala com un alt percentatge d'estudiants europeus afirma haver experimentat amb l'alcohol (50%), tabac (31%) i cànnabis (3%) les substàncies estudiades abans dels 13 anys. A nivell espanyol (5, 56), els estudis mostren una concordança en l'edat de la primera experimentació d'alcohol (13,9 anys), tabac (13,6 anys) i cànnabis (14,9 anys), fet que no es correspon amb els resultats d'aquest treball, que mostren una edat d'inici més baixa: alcohol (10,8 anys), tabac (12,5 anys) i cànnabis (12,8 anys). Els resultats del present estudi -contextualitzat en dos municipis situats en una zona rural, amb baixa densitat de població i fora de les àrees d'influència de capitals com Barcelona i Girona- assenyalen, com han fet diversos estudis internacionals (153), que viure en una zona rural no és un factor de protecció. En aquesta línia, l'estudi de Pérez Milena et al. (154) conclou que els patrons de consum, sobretot diari, de tabac, alcohol i cànnabis en adolescents no són homogenis quan se'ls analitza per zones, ni tampoc comparteixen els mateixos factors de risc, aspecte que cal tenir en compte en el disseny de campanyes preventives.

També s'ha buscat la relació entre l'experimentació prematura i altres factors que poden facilitar l'inici en el consum de drogues i el seu manteniment. Alguns estudis demostren que hi ha variables que poden ajudar a diferenciar els no consumidors, els consumidors moderats i severs i aquells que aniran progressant cap a altres substàncies il·legals (152-155). De les dades recollides es desprèn que tres de cada deu joves estan d'acord que les

begudes alcohòliques fan les festes més divertides, i que set de cada deu adolescents opinen que la **majoria dels adults prenen begudes alcohòliques**. Aquests resultats van en consonància amb estudis que assenyalen el pes que té la variable família i l'entorn més proper respecte al futur patró de consum de substàncies en els joves (56, 124). El treball de Pons (155) apunta que els adolescents que més consumeixen pertanyen a famílies on el consum d'alcohol és habitual i, per aquest motiu, és molt important que els adults de referència ofereixin un patró de consum controlat.

Quant a la **percepció de risc**, és destacable que la majoria de participants perceben el consum de cànnabis com a molt perillós. Aquests resultats es contraposen amb els d'altres estudis que assenyalen que aquesta substància es percep com a poc perillosa, i que està associada a quelcom natural i terapèutic, per sota del tabac i de l'alcohol (58, 95, 98). En aquesta línia, Becoña et al. (156) proposen difondre la informació amb base científica als adolescents, sense biaixos, avaluant què i com els arriba. En canvi, en els adolescents estudiats hi ha poca percepció de que el consum d'alcohol i del tabac és molt perillós. Aquests resultats concorden amb els de l'enquesta ESTUDES (58) que apunta que menys del 60% dels joves d'entre 14 i 18 anys considera que beure alcohol de manera habitual (almenys un cop a la setmana) és perillós i, d'entre totes les drogues legals i il·legals, és la que percep menys perillosa. Hi ha estudis que han vinculat, significativament, la **percepció de risc** amb el consum. El treball de Bachman et al. (129) assenyala com el consum de determinades substàncies augmenta o disminueix en funció de risc percebut en el consum de cada una. Crida l'atenció que entre els participants que creuen que les tres substàncies estudiades no comporten gens de perill, hi ha més adolescents que pensen que la menys perillosa és l'alcohol, seguit del cànnabis i, per últim, el tabac.

Casi la meitat dels participants opina que **els seus amics fumen i beuen alcohol**, i que un de cada quatre consumeix cànnabis. Diversos estudis, com el de Moral et al. a l'any 2006 (99), confirmen que la influència del grup d'iguals consumidors de drogues promou una actitud favorable cap el seu consum, i se la considera un factor de risc que predisposa al consum futur. Però no és només la influència que exerceix el grup d'iguals, sinó també la gran facilitat amb què els menors obtenen les drogues, tot i que siguin il·legals per l'edat, i l'acceptació social que tenen el tabac i l'alcohol, que provoquen un alt consum entre la població.

Els resultats obtinguts en l'**autopercepció de salut** –on el 74,3% dels participants afirmen que la seva salut és molt bona o excel·lent– concorden amb els obtinguts en l'última enquesta FRESC (74) realitzat a la ciutat de Barcelona: a 2n d'ESO, el 75% dels nois declara que la seva salut és molt bona o excel·lent, encara que en les noies aquest percentatge no arriba al 48,9%. Cap dels dos estudis arriba als percentatges del 91% que

s'apuntaven al treball d'Hernan (113). En el present treball, el 5,1% dels nois i el 2,1% de les noies perceben la seva salut com a regular; només un 1,1% de noies la perceben com a dolenta, mentre que segons els resultats del FRESC (74), el 3,4% dels nois i el 5,7% de noies declaren tenir una salut regular o dolenta.

Quan es té en compte el gènere, els resultats concorden amb d'altres treballs, com el de Segovia et al. (102), que mostren com les dones perceben pitjor el seu estat de salut. De la mateixa manera, Vélez et al. (103) informaven que ser noia condiona el doble de probabilitats de percebre pitjor salut i pitjor qualitat de vida relacionada amb aspectes físics i emocionals que els nois. Altres autors informen que el fet de percebre la salut regular o dolenta és un factor que incrementa la probabilitat de fumar (104). En aquesta línia, els resultats del present treball assenyalen que el consum de tabac està relacionat amb la salut autopercebuda: el percentatge de fumadors que considera que té una salut bona o molt bona o excel·lent és del 14,5% i 7,5%, respectivament, mentre els no fumadors ho pensen en un 85,5% i un 92,5%, respectivament.

Aproximadament el 13% de la mostra presenta un **estat d'ànim negatiu**, més les noies que els nois, amb resultats més baixos dels que es desprenen de l'última enquesta FRESC (74), segons la qual entre el 18% i el 25% de les noies i entre el 12% i el 18% dels nois de 14 a 18 anys presenta un estat d'ànim negatiu. No obstant, sí que corrobora els resultats del treball de Vázquez (111), que assenyalava que el 14,9% dels adolescents d'entre 13 i 18 anys presenten un estat d'ànim negatiu. En el present estudi, quan es relaciona l'estat d'ànim i el consum de substàncies, els resultats assenyalen que el major percentatge en el consum de tabac, alcohol i cànnabis es dona en estudiants que tenen un estat d'ànim negatiu. Aquests resultats sostenen que l'estat d'ànim és un factor de risc per l'inici del consum de substàncies i que podria ser un bon predictor, malgrat que no hi hagi una relació causal (110, 111).

D'acord amb l'índex SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), un 15% dels participants presenten un **estat mental** límit o anormal. Aquests resultats concorden amb els d'altres treballs fets a Espanya i a la UE, on s'evidencia que entre un 10% i un 20% dels adolescents presenten algun problema de salut mental (111,112). Els resultats de l'última enquesta de Salut a Catalunya (157) mostren que el 8,5% de la població a partir de 15 anys té risc de patir un trastorn mental i que la prevalença més elevada és en les dones en tots els grups d'edat. Els resultats de l'última enquesta FRESC (74), en base al qüestionari Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), també van en la mateixa direcció i assenyalen que el percentatge d'estudiants de 2n d'ESO que tenen més probabilitats de patir problemes de salut mental és d'entre el 10% i 13% en nois i del 15-16% en noies. En el present estudi, es relaciona significativament l'estat mental dels adolescents amb el consum d'alcohol. El

treball de Saluja et al. (115) ja reportava que patir algun símptoma de trastorn mental – sobretot depressió- s'associava amb el consum de substàncies. El **paper de la família** està considerat com un factor de protecció associat a estils de vida saludable, si hi ha una bona relació de vincle. Però la família també pot ser un factor de risc si no es compleixen aquestes condicions (73). En aquest treball, la majoria d'alumnes manifesten tenir bastant bona o molt bona relació amb els seus progenitors (86,8%). Destaca que, aquells que afirmen que tenen una relació regular amb el nucli familiar també tenen un percentatge més alt d'experimentació amb l'alcohol (52% l'ha consumit vs un 48% que no ho ha fet) quan es compara amb els participants que afirmen tenir una relació bona o molt bona i la seva experimentació amb l'alcohol (27,4%% l'han consumit vs un 72,6% que no ho han fet). Les dades sobre la relació amb la família concorden amb alguns resultats de l'enquesta FRESC de Barcelona (74), on el 83,5% dels nois de 2n d'ESO manifestava tenir una relació molt o bastant bona amb la seva família. Els percentatges en noies, però, van ser més baixos (78,6%).

6.1 Limitacions de l'estudi

L'estudi transversal brinda l'oportunitat de tenir una fotografia en temps real d'una població en un moment determinat. Però, per contrapartida, té limitacions inherents al seu disseny. En primer lloc, no es pot inferir causalitat a les associacions observades. En segon lloc, hi ha un biaix de selecció pel tipus de mostreig usat i per què només han format part de la mostra els estudiants que han portat el consentiment informat signat. El qüestionari es basa en l'autodeclaració de comportaments i hàbits de vida, i hi ha la possibilitat de tenir també un biaix d'informació, tot i que la confidencialitat afavoreix una major sinceritat a l'hora de contestar les preguntes. També s'accepta com a limitació la desitjabilitat social com a tendència a respondre els tests (o a comportar-se) d'acord amb les expectatives socialment acceptades i no d'acord amb les tendències individuals reals. Per últim, es tracta d'una investigació pilot, de petit format, en una zona concreta del territori i hi ha el dubte de si podrà ser traslladable a altres poblacions amb les mateixes característiques. També que s'utilitzi una mostra per conveniència pot interferir en la generalització i donar lloc a una baixa validesa externa.

6.2 Aplicabilitat i utilitat dels resultats

Els resultats han posat de manifest les característiques sociodemogràfiques i d'hàbits, creences i percepcions relacionats amb el consum de tabac, alcohol i cànnabis en la població d'estudiants de 1r i 2n d'ESO de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera (Annex 9). Malgrat que no es puguin establir relacions causals entre els comportaments dels

alumnes i els factors de risc associats, sí que aporten dades descriptives i alguns factors de risc en les poblacions estudiades. Ja que les conclusions de l'estudi fan referència als individus estudiats, els resultats poden servir per dissenyar programes o estratègies preventives des de l'àmbit municipal, dirigides a aquest grup de població.

Tal i com descriuen Ariza i Nebot (158), cal iniciar la prevenció abans de l'augment del consum, que es dona entre 3r i 4t d'ESO, i realitzar-la abans dels 12 anys. Es proposa que no siguin intervencions aïllades i que es segueixin durant dos o tres cursos lectius, que incloguin sessions de reforç per intervenir en les fases d'experimentació, inici i consolidació de l'hàbit. Insistir també què cal considerar que els joves no són un grup homogeni, no tenen els mateixos estils de vida, ni tampoc comparteixen tots els factors de risc. Tots aquests aspectes cal tenir-los en compte a l'hora de dissenyar programes per aquest grup de població. També s'haurien d'incloure tots els agents amb accés i influència en aquest grup de població: progenitors, comunitat educativa, professionals sanitaris, agents comunitaris institucionals o d'organismes socials, entre d'altres.

Les visites dins del programa del nen sa portades a terme des d'Atenció Primària, que es fan fins els 14 anys, poden ser l'oportunitat per portar a terme accions de promoció de la salut, per detectar de manera precoç signes d'alteració en l'estat d'ànim i salut mental per un abordatge més integral, i per facilitar eines que facin que dir que no al consum sigui l'opció més fàcil.

Els resultats d'aquest estudi es podrien complementar amb un estudi qualitatiu dissenyat per aprofundir en les dificultats que tenen els joves per mantenir-se al marge de l'experimentació de cada una de les substàncies aquí estudiades, i endarrerir el seu inici. També com a punt de partida per monitoritzar les tendències en comportaments com el consum de tabac, alcohol i cànnabis.

7. CONCLUSIONS

Els resultats d'aquesta investigació permeten conèixer quins són els hàbits de consum de tabac, alcohol i cànnabis dels adolescents que estudien a l'Institut Reguissol de Santa Maria de Palautordera (61,4%) i al Sec. Can Record de Sant Esteve de Palautordera (38,6%):

- L'edat mitjana dels participants és de 12,80 anys, en una proporció de 57% nois i 43% noies. Vuit de cada deu viu en famílies biparenterals, amb un nivell econòmic alt i no disposa de diners setmanals. Més de la meitat dels participants considera que el seu nivell acadèmic està situat entre el terç mitjà de la classe.

- La majoria mai ha fumat tabac. Un de cada deu ha fumat alguna vegada a la vida, més nois que noies, i més de la meitat dels que ha fumat afirmen que no tenen intenció de tornar a fumar. El percentatge de fumadors regulars i diaris és de 4,34%.

-La majoria dels participants no ha utilitzat mai la cigarreta electrònica. No obstant, un de cada vint l'ha provat i un de cada deu en fa un us setmanal. Més de la meitat dels que han experimentat amb la cigarreta electrònica no té intenció de repetir. Una tercera part dels adolescents que han experimentat amb el tabac també han provat la cigarreta electrònica.

-Més d'una quarta part dels participants conviu amb fumadors habituals de tabac i que usen la cigarreta electrònica.

-Tres de cada deu adolescents de la mostra ha provat l'alcohol almenys una vegada a la vida, més nois que noies. La meitat ha begut en festes familiars i quatre de cada deu n'ha consumit en discoteques i bars. Un de cada 12 s'ha emborratxat una vegada a la vida -1 de cada 10 en els últims sis mesos-, la majoria només una vegada. Un de cada set ha fet *binge drinking*.

-Els bars, la pròpia casa i els súpers/hipermercats i casa d'altres persones són els llocs més habituals d'on els menors aconseguixen l'alcohol.

-La gran majoria (9 de cada 10) afirma que mai ha provat el cànnabis. Més nois que noies han experimentat amb aquesta substància.

-Respecte a l'edat mitjana de la seva experimentació, l'alcohol és la droga amb la que els joves experimenten més aviat (10,8 anys) seguida del tabac (12,5 anys) i el cànnabis (12,8 anys) i la cigarreta electrònica (13,3 anys).

-1 de cada 100 adolescents ha consumit alcohol i cànnabis en un període inferior a les dues hores alguna vegada a la vida.

-Més de la meitat dels participants que han provat l'alcohol també han provat el tabac i una quarta part ha experimentat amb les tres substàncies estudiades, més nois que noies.

-Un terç dels menors opinen que l'alcohol fa les festes més divertides i, aproximadament, tres quartes parts (més nois que noies) pensa que la majoria dels adults prenen begudes alcohòliques.

-Vuit de cada deu adolescents creu que el consum de cànnabis és molt perillós i, en canvi, el consum de tabac i alcohol el perceben com a moderadament perillós (sis i set de cada deu, respectivament). La proporció d'alumnes que creu que l'alcohol no és gens perillós és més gran que aquells que opinen que tampoc ho són el tabac ni el cànnabis.

-Gairebé la meitat creu que els seus amics fumen, la meitat que beuen alcohol, i una quarta part pensa que els seus amics consumeixen cànnabis. El percentatge de noies que creuen que tots o quasi tots els seus amics beuen alcohol duplica al dels nois. El percentatge de noies que creuen que tots o quasi tots els seus amics consumeix cànnabis és superior al dels nois.

-El nivell d'autopercepció de salut és independent del sexe. La majoria dels adolescents declara que la seva salut és molt bona o excel·lent.

- Els estudiants que presenten un estat d'ànim negatiu, presenten un major consum de tabac, alcohol i cànnabis.
- Independentment del sexe, la majoria dels alumnes enquestats obtenen una valoració del nivell de salut mental normal (segons l'índex *Strengths and Difficulties Questionnaire*). El percentatge més elevat de SDQ normal es correspon amb participants que no beuen alcohol i que no fumen. Hi ha més estudiants que consumeixen alcohol entre els que obtenen un nivell de salut mental límit i anormal. Tots els alumnes que han consumit o/i consumeixen cànnabis tenen un SDQ normal.
- La majoria dels participants tenen molt bona relació amb la seva família.
- Els estudiants que manifesten tenir una relació regular amb la seva família, tenen el percentatge més alt d'experimentació amb l'alcohol.
- L'estudi ha posat de manifest que l'edat d'inici en el consum de tabac, alcohol i cànnabis és precoç i que s'acompanya de variables socioculturals, biològiques i psicològiques que poden facilitar el seu inici i manteniment. Per això, aquells programes de promoció de salut, encaminats a afavorir l'adopció i manteniment d'estils de vida i hàbits saludables, que es realitzen a partir dels 14 anys, poden ser poc efectius, ja que molts, a aquesta edat, ja han tingut el primer contacte amb les diferents substàncies. Per aquest motiu, és important que les accions d'educació i promoció per a la salut es facin tant a nivell individual com col·lectiu (en l'àmbit escolar, l'entorn familiar i social), busquin endarrerir l'inici del consum i l'abús, amb la formació i inclusió de tots els actors en les campanyes, i es realitzin abans del pas a l'educació secundària o durant el primer any d'ESO. En l'àmbit escolar català, hi ha centres educatius que no disposen de cap planificació d'activitats de promoció de salut i prevenció de drogodependències de manera sistemàtica i es realitzen segons la motivació dels centres i dels docents.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Ludueña A, Olson J, Pasco A. Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes. Una etnografía enfocada. Rev Latinoamericana Enfermagem [Internet]. 2005 [Consulta: 20 febrer 2015]; 13: 1127-34. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800005
2. Center for Disease Control and Prevention. School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injuries and Violence. MMWR. Recommendations and reports. 2001 [Consulta: 7 febrer 2008]; 50: 1-46. Disponible a: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5022a1.htm>
3. King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. The health of youth. A cross-national survey. Copenhagen: Who Regional office for Europe [Internet]. 1996 [Consulta: 7 febrer 2008]. Disponible a: <http://www.hbsc.org/documents/HealthofYouth1.pdf>
4. Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. Alcohol Drug Depend. 1999; 55(3): 187-207. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00016-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00016-2)

5. Plan Nacional contra las drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2014-2015. [Consulta: 11 febrer 2016]; [5-10,13-14,18 p.] [Disponible a: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf]
6. Rodgman A, Perfetti TA. Alphabetical Component Index. Dins: Rodgman A, Perfetti TA, eds. The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke. Florida: CRC Press; 2009. p. 1483-784.
7. Etter JF, Kozlowski LT, Perneger TV. What smokers believe about light and ultralight cigarettes. Preventive Medicine. 2003; 36(1): 92-8.
8. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2004. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316407/>
9. Martín A, Rodríguez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. Rev. Toxicol [Internet]. 2004 [Consulta: 20 febrer 2015]; 21: 64-71. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91921302>
10. Jiménez CA, Solano S, de Granda JI, Signes-Costa J, de Higes E, Riesco JA, et al. Declaración oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR sobre la eficacia, seguridad y regulación de los cigarrillos electrónicos. Arch Bronconeumol [Internet]. 2014 [Consulta: 20 febrer 2015]; 50(8) : 362-7. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289614000799>
11. The different parts of an electronic cigarette [Internet] [Consulta: 2 abril 2016]. Disponible a: <http://www.eciggies.org/how-are-electronic-cigarettes-made/>
12. Goniewicz ML, Hajek P, McRobbie H. Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches: regulatory implications. Addiction [Internet]. 2014 [Consulta: 20 febrer 2015]; 109: 500-7. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24345184>
13. Schober W, Szendrei K, Matzen W, Osiander-Fuchs H, Heitmann D, Schettgen T, et al. Use of electronic cigarettes (e-cigarettes) impairs indoor air quality and increases FeNO levels of e-cigarette consumers. Int J Hyg Environ Health [Internet]. 2013 [Consulta: 20 febrer 2015]; 4639: 153-3. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438463913001533>
14. National Institute on Drug Abuse. [Internet]. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2001. Nicotine Addiction. Research Report Series. 1998 [Consulta: 10 febrer 2015]; [aprox. 4 p.]. Disponible a: <http://www.ehd.org/pdf/NicotineRR.pdf>
15. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. Brain Res Rev. 1993;18:247-91.
16. Robinson TE, Kolb B. Persistent structural modification in nucleo accumbens and prefrontal cortex neurons produced by previous experience with amphetamine. J Neurosci. 1997; 17: 8491-7.
17. Robinson TE, Kolb B. Alterations in the morphology of dendrites and dendritic spine in the nucleo accumbens and prefrontal cortex following repeated treatment with amphetamine or cocaine. Eur J Neurosci. 1999; 11: 1598-604.
18. González-Enriquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. Gac Sanit [Internet]. 2002 [Consulta: 20 gener 2015]; 16(4): 308-17. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000400005
19. García-Aranda VL, Rubira JC. Tabaco y enfermedad cardiovascular. Monografía Tabaco [Internet]. 2004 [Consulta: 20 gener 2015]; 16(2):101. Disponible a: http://www.psiquiatria.com.es/socidroalcohol/monografia_tabaco.pdf

20. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day. *Tob Control* [Internet]. 2005 [Consulta: 20 gener 2015]; 14: 315-20. Disponible a: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/lookup?view=long&pmid=16183982>
21. Burrows B, Knudson RJ, Cline MG, Lebowitz MD. Quantitative relationships between cigarette smoking and ventilatory function. *Am Rev Respir Dis*. 1977 Feb; 115(2): 195–205.
22. Smith KC, Ehlinger DG, Smith RF. Adolescent nicotine alters dendritic morphology in the bed nucleus of the stria terminalis. *Neurosci Lett* [Internet]. 2015 [Consulta: 23 gener 2015] ; 590: 111-5. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neulet.2015.01.056>
23. McCauley L, Markin C, Hosmer D. An unexpected consequence of electronic cigarette use. *Chest*. 2012; 141: 1110-3.
24. Córdoba García R. El desafío de los cigarrillos electrónicos. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [Consulta: 23 gener 2015]; 46 (6): 307-12. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000602>
25. Díez Piña JM. El cigarrillo electrónico: ¿una ayuda o un problema? *Rev Patol Respir* [Internet]. 2014 [Consulta: 23 gener 2015]; 17(1): 90-1. Disponible a: http://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr_17-s_s90-s91.pdf
26. Repetto M. Toxicología del Alcohol Etilico. Dins: Repetto M, ed. *Toxicología Avanzada*. 3a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 425–75.
27. Pons J, Berjano E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999. p. 39-44.
28. Téllez J, Cote M. Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med* [Internet]. 2006 [Consulta: 23 gener 2015]; 55(1): 32-47. Disponible a: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112006000100005
29. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 1993; 88: 791–804.
30. Anderson P. Alcohol and primary health care. Copenhagen: WHO. Regional Publications. 1996; 64: 10-4.
31. Coker AL, Richter DL, Valois RF, McKeown RE, Garrison CZ, Vincent LM. Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health*. 1994; 64: 372-7.
32. Otero-López JM, Romero Triñanes E, Luengo Martín MA. Identificación de factores de riesgo de la conducta delictiva: hacia un modelo integrador. *Anal Modif Conduct*. 1994; 20(73): 675-709.
33. Basabe N, Páez D. Los jóvenes y el consumo de alcohol. *Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos; 1992. p. 120.
34. Calafat A, Juan M, Becoña E, Ferrández C, Gil E, Palmer A, Sureda P, Torres MA. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000. p.111-189.
35. Secades R. Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento. Madrid: Pirámide; 1996.
36. World Health Organization [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. Global status report on alcohol and health; 2014. [Consulta: 10 febrer 2015]; [aprox. 48 p.]. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
37. Baily LH. *Manual of cultivated plants*. 2nd ed. New York: Macmillan Co; 1949.
38. Waller CW. Chemistry of marihuana. *Pharmacol Rev*. 1971; 23: 265-71.
39. M. Martín Vicente. Cannabis sativa. [Internet]. [Consulta: 7 de febrer de 2015] Disponible a <https://www.flickr.com/people/martius>
40. Ramos JA, Fernández JJ. Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. Dins: Bobes J, Calafat A, eds. *Monografía cannabis*. Vol. 2. Madrid: Adicciones; 2000. p. 41-58.
41. Bobes J, Calafat A. De la neurobiología a la psicosociología del uso-abuso del cannabis. Dins: Bobes J, Calafat A, eds. *Monografía cannabis*. Vol. 2. Madrid: Adicciones; 2000. p. 7-19.

42. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004; 28: 849-63.
43. Quiroga M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. Dins: Bobes J, Calafat A, eds. *Monografía cannabis*. Vol. 2. Madrid: Adicciones; 2000. p. 109-17.
44. Lindsay AC, Foale RA, Warren O, Henry JA. Cannabis as a precipitant of cardiovascular emergencies. *Int J Cardiol*. 2005; 104: 230-232.
45. Fisher BAC, Ghuran A, Vadmalai V, Antonios TF. Cardiovascular complications induced by cannabis smoking: a case report and review of the literature. *Emerg Med J* [Internet]. 2005 [Consulta: 10 febrer 2015]; 22: 679-80. Disponible a: <http://emj.bmj.com/content/22/9/679.long>
46. Kosior DA, Filipiak K, Stolarz P, Opolski G. Paroxysmal atrial fibrillation in a young female patient following marijuana intoxication – a case report of possible association. *Med Sci Monit* [Internet]. 2000 [Consulta: 10 febrer 2015]; 6: 386-89. Disponible a: <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/508529>
47. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Cannabis and educational achievement. *Addiction*. 2003; 98: 1681-92.
48. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* [Internet]. 2005 [Consulta: 10 febrer 2015]; 330: 11. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/330/7481/11.long>
49. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psychopharmacol*. 2005; 19: 187-94. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30892-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30892-0)
50. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt , et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* [Internet]. 2002 [Consulta: 10 febrer 2015]; 325: 1212. Disponible a: <http://www.bmj.com/content/325/7374/1212>
51. Taylor D, Wachsmuth K, Shangkuang Y, Schmidt E, Barrett T, Schrader J, et al. Salmonellosis associated with marijuana – A multistate outbreak traced by fingerprinting. *N Engl J Med* [Internet]. 1982 [Consulta: 5 febrer 2015]; 306: 1249-53. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198205273062101>
52. Kagen SL. Aspergillus: an inhalable contaminant of marijuana. *N Engl J Med*. 1981; 304(8): 483-48.
53. Gabriel G, Pacheco FP, Macías MA, Jiménez FJ , Miranda A, Flores LJ, et al. Toxicidad de plaguicidas y su asociación con la enfermedad de Parkinson. *Arch Neurocién Mex* [Internet]. 2011 [Consulta: 20 febrer 2015]; 16(1): 33-9. Disponible a: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=73608&id_seccion=23&id_ejemplar=7339&id_revista=5
54. Ashton CH. Cannabis or health? *Curr Opin Psychiatry*. 2002; 15: 247-53.
55. Espada JP, Méndez FX, Griffin KW, Botvin GJ. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2003 [Consulta: 20 febrer 2015]; 84: 9-17. Disponible a: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051>
56. Arévalo JM, Masip GP, Abecia LC. Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogodependencias*. 1997; 22: 15-34.
57. Comas D. El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias. Madrid: CIDE; 1990.
58. Plan Nacional contra la droga [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2012-2013. [Consulta: 7 febrer 2015]; [aprox. 4-15, 17-19, 23, 25 p.]. Disponible a http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf
59. López TH, Fernández JR, Frutos AJ, Rodríguez CM, Escarpa D, María S, et al. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención*

- psicosocial [Internet]. 2009 [Consulta: 18 febrer 2015]; 18(3): 199-212. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002
60. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries [Internet]. 2012. [Consulta: 31 març 2015]. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012. Disponible a: http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf
61. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al., eds. Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. WHO Regional Office for Europe [Internet]. 2012 [Consulta: 10 febrer 2015]. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1
62. Villalbí JR, Suelves JM, García-Contiente X, Saltó E, Ariza C, Cabezas C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. Aten Primaria [Internet]. 2012 [Consulta: 10 febrer 2015]; 44(1): 36-4. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711001612>
63. Generalitat de Catalunya [Internet]. Informe dels resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES); 2014. [Consulta: 31 març 2015]; [aprox. 16-18 p.] Disponible a: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/estudes2012.pdf>
64. Corey C, Wang B, Johnson SE, Apelberg B, Husten C, King BA, et al. Notes from the field: electronic cigarette use among middle and high school students - United States, 2011-2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2013 [Consulta: 20 febrer 2015]; 62: 729-30. Disponible a: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6235a6.htm>
65. CDC.gov [Internet]. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2015. National Youth Tobacco Survey (NYTS); 2013 [Consulta: 10 febrer 2015]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/nyts
66. Dautzenberg B, Birkui P, Noel M, Dorsett J, Osman M, Dautzenberg M. E-cigarette: a new tobacco product for schoolchildren in Paris. Open J Resp Dis. 2013; 3: 21-4. DOI: 10.4236/ojrd.2013.31004
67. Hughes K, Bellis M, Hardcastle K, McHale P, Bennett A, et al. Associations between e-cigarette access and smoking and drinking behaviours in teenagers. BMC Public Health [Internet]. 2015 [Consulta: 25 febrer 2015]; 1: 244. Disponible a: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1618-4>
68. Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A, Rimm EB. A gender-specific measure of binge drinking among college students. Am J Public Health [Internet]. 1995 [Consulta: 25 febrer 2015]; 85: 982-5. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615545/pdf/amjph00445-0088.pdf>
69. Obradors-Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. Gac Sanit [Internet]. 2014 [Consulta: 25 febrer 2015]; 28(5): 381-5. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000983>
70. Morales E, Ariza C, Nebot M, Pérez A, Sánchez F. Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. Gac Sanit [Internet]. 2008 [Consulta: 25 febrer 2015]; 22(4): 321-9. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400004
71. Baltasar Bagué A, Gras Pérez ME, Font Mayolas S, García Vega EM, Patiño Masó J, Raurell Torredà M, et al. Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. C. Med.

- Psicosom [Internet]. 2014 [Consulta: 25 febrer 2015]; 112 :11-21. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4907696>
72. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use*. 2007; 12 (4): 233-42. DOI:10.1080/14659890701476532s
73. Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Rodríguez ML, Rodríguez L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2014 [Consulta: 25 novembre 2015]; 16(62): 125-34. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000300005
74. Agencia de Salud Pública de Barcelona [Internet]. Barcelona; 2013. Informe FRESC 2012. 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona [Consulta: 5 febrer 2015]; [aprox. 25-33 p.]. Disponible a: http://www.aspb.es/quefem/docs/Informe_FRESC_2012.pdf
75. Hayatbakhsh MR, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ, Bor W, Alati R. Early childhood predictors of early substance use and substance use disorders: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 720-31. DOI: 10.1080/00048670802206346.
76. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry*[Internet]. 2008 [Consulta: 25 novembre 2015]; 65: 674-82. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844891/>
77. Khuder SA, Price JH, Jordan T, Khuder SS, Silvestri K. Cigarette smoking among adolescents in Northwest Ohio: correlates of prevalence and age at onset. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2008 [Consulta: 25 novembre 2015]; 5: 278-89. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672318/>
78. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in rugs involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Std Alcohol* [Internet]. 1992 [Consulta: 10 març 2015]; 53: 447-57. Disponible a: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=140418>
79. Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gac Sanit* [Internet]. 2007 [Consulta: 10 març 2015]; 21(3): 252-60. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300014
80. Wills TA, McNamara G, Vaccaro D, Hirky AE Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*. 1996; 105: 166-80.
81. Windle M, Windle RC. Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 1996; 105: 551-60.
82. Arellanez-Hernández JL, Díaz DB, Wagner-Echeagaray F, Pérez V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* [Internet]. 2004; 27: 54-64.
83. Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* [Internet] 2008 [Consulta: 10 març 2015]; 5: 141. Disponible a: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050141>
84. Lemstra M, Bennett NR, Neudorf C, Kunst A, Nannapaneni U, Warren LM, Kershaw T, Scott CR. A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health*. 2008; 99(3): 172-7.
85. Plan Nacional contra la droga [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2004. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2002-2004. [Consulta: 20 març 2015]; [aprox. 66 p.] Disponible a: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/escolar2004.pdf>

86. Hernández T, Roldán J, Jiménez A, Mora C, Escarpa D, Pérez MT. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial* [Internet]. 2009 [Consulta: 23 febrer 2015]; 18 (3): 199-212. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002
87. Arévalo JM, Masip GP, Abecia LC. Consumo de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogodependencias*. 1997; 22: 15-34.
88. Durant RH, Smith JA, Kreiter SR, Krowchuk DP. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1999 [Consulta: 10 març 2015]; 153: 286-91. Disponible a: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=345837>
89. Lando H, Thai DT, Murray DM, Robinson LA, Jeffery RW, Sherwood NE, Hennrikus DJ. Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Prev Med* Dec. 1999; 29, 590-8.
90. Vieira DL, Ribeiro M, Laranjeira R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2009 [Consulta: 10 març 2105]; 29: 222-7. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300006
91. Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT, Lyons MJ, Eisen SA, Tsuang MT, et al. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med*. 2006; 36: 109-18.
92. Warner LA, White HR, Johnson V. Alcohol initiation experiences and family history of alcoholism as predictors of problem-drinking trajectories. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007; 68: 56-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2007.68.56>
93. Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter P. Cannabis policy: Moving beyond stalemate. Oxford: The Beckley Foundation; 2008.
94. Behrendt S, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend*. 2009; 99: 68-78. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014
95. Megías E, ed. La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD; 2004.
96. López S, Rodríguez-Arias JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* [Internet]. 2010 [Consulta: 1 maig 2015]; 22(4): 568-73. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>
97. Salamó A, Gras ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescència. *Psicothema* [Internet]. 2010 [Consulta: 1 maig 2015]; 22(2): 189-95. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/3714.pdf>
98. Calafat A, Fernández C, Becoña E, Gil E, Juan M, Torres MA. Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones* [Internet]. 2000 [Consulta: 1 maig 2015]; 12(2): 197-230. Disponible a: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/682/676>
99. Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas *Psicothema* [Internet]. 2006 [Consulta: 1 maig 2015]; 18(1): 52-8. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/3175.pdf>
100. Ariza C, Nebot M. Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2002 Jun [Consulta: 1 maig 2016]; 76(3): 227-38. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300007&lng=es
101. Robles L, Martínez JM. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2001 [Consulta: 1 maig 2016]; 13(2): 222-8. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/439.pdf>
102. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med*. 1989; 29: 761-8.

103. Vélez Galarraga R, Lopez Aguila S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [Consulta: 1 maig 2016]; 23: 433-9. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500013
104. Pérez M, Palenzuela SM, Perula LA, Ruiz Moral R, Perula C, Jimenez C. Salud autopercebida por los jóvenes y factores sociodemográficos y conductuales asociados. *Med fam Andal* [Internet]. 2014 [Consulta: 1 maig 2016]; 15(1): 12-37. Disponible a: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/V15n1/v15n1_03_original.pdf
105. Puente D, Zabaleta-del-Olmo E, Pueyo J, Saltó E, Marsal JR, Bolívar B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alumnos de enseñanza secundaria de Cataluña. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [Consulta: 1 maig 2016]; 45(6): 315-23. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712004994>
106. Johnson PB, Richter L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 30, 175–183.
107. Barra E. Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: análisis concurrente y prospectivo. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2009 [Consulta: 1 maig 2016]; 8: 175-82. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712168015>
108. Alonso C, Del Barrio V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Anal Modif Conduct*. 1996; 24: 679-701.
109. Blau GM, Gillespie JF, Felner RD, Evans, EG. Predisposition to drug use in rural adolescents : preliminary relationships and methodological considerations. *J Drug Educ*. 1998; 18, 13-22.
110. González MT, Espada JP, Orgilés M. Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2015 [Consulta: 1 maig 2016]; 47(2): 86-92. Disponible a: <https://vpngateway.udg.edu/pdf/805/,DanaInfo=www.redalyc.org+80538633002.pdf>
111. Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Rodríguez L, Bustamante P. Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013 [Consulta: 1 maig 2016]; 15(59): 75-84. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400003
112. European Commission. [Internet]. Luxemburg: Directorate General of Health and Consumer Protection; 2000. Report on the state of young people' Health in the European Union; 1999. [Consulta: 10 febrer 2015]; [aprox. 28 p.]. Disponible a: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf
113. Hernan M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [Consulta: 10 febrer 2015]; 18(1): 47-55. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400010
114. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* [Internet]. 1999 [Consulta: 10 febrer 2015]; 281: 1707–13. Disponible a: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=189858>
115. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 2004 [Consulta: 20 març 2015]; 158(8): 760-765. Disponible a: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485787>
116. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992; 112(1): 64–105. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

117. Guo J, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *J Stud Alcohol Internet*. 2001 [Consulta: 20 febrer 2015]; 62(6): 754–62. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868672/>
118. Muñoz-Rivas M, Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2001 [Consulta: 20 febrer 2015]; 13(1): 87-94. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
119. Rodrigo MJ, Máiquez ML, García M, Mendoza R, Rubio A, Martínez A, et al. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* [Internet]. 2004 [Consulta: 20 febrer 2015]; 16 (2): 203-10. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
120. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2002 [Consulta: 20 març 2015]; 76: 175-87. Disponible a: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300002
121. Bandura, A. Principles of behavior modification. Salamanca: Sígueme; 1984.
122. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
123. Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory of alcohol use and abuse. Dins H. Blane H, Leonard K, eds. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. Nueva York: Guildford Press; 1987. p. 131-80.
124. Espada JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2008 [Consulta: 20 març 2015]; 20(4): 531-7. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/3519.pdf>
125. Perry MA, Furukawa MJ. Métodos de modelado. Dins: Kanfer FH, Goldstein AP, eds. *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclee De Brouwer S.A. 1987. p. 167-215.
126. Becoña E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999.
127. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care* [Internet]. 1975 [Consulta 10 febre 2015]; 13: 10-24. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1089182>
128. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. Dins: DiClemente R, Peterson JL, eds. *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. Nueva York: Plenum Press; 1994. p. 5-24.
129. Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM, Humphrey RH. Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *J Health Soc Behav*. 1988; 29(1): 92-112.
130. López S, Rodríguez-Arias JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* [Internet]. 2010 [Consulta: 10 març 2015]; 22(4): 568-73. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/3768.pdf>
131. Catalano RF, Hawkins JD. The social development model: A theory of antisocial behavior. Dins J.D. Hawkins, editor. *Delinquency and crime: Current theories*. Nueva York: Cambridge University Press; 1996. p. 149-97.
132. Hawkins JD, Weis JG. The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *J Prim Prev*. 1985; 6: 73-97.
133. Parke RD. Development in the family. *Annual Review of Psychology*. 2004; 55: 365-99. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141528
134. Musitu G, Buelga S, Lila M, Cava MJ. Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial. Madrid: Síntesis; 2001.
135. Nuez C, Lila M, Musitu G. Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes valencianos. Dins Fajardo MI, Ruíz MI, Ventura A, Vulve JA, eds. *Necesidades Educativas Especiales. Familia y educación. Nuevos retos, nuevas respuestas*. Valencia: Psicoex; 2002. p. 339-48.

136. Fletcher AC, Steinberg L, Sellers EB. Adolescents' well-being as a function of perceived Interparental consistency. *Journal of Marriage and the family*. National Council on Family Relations; 1999. p. 599-610. DOI: 10.2307/353563
137. Cava MJ, Mugui S, Musitu G. Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* [Internet]. 2008 [Consulta: 10 març 2015]; 20(3): 389-95. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/3497.pdf>
138. Martínez JM, Robles L Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2001 [Consulta: 10 març 2015]; 13(2): 222-8. Disponible a: <http://www.psicothema.com/pdf/439.pdf>
139. IDESCAT. [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya; 2016 [Consulta: 1 juny 2016]. Disponible a: <http://www.idescat.net>
140. Mapa comarcal de Catalunya [Internet]. Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya; 2015. [Consulta: 1 juny 2015]. Disponible a: <http://www.icc.es/Home-ICC/Mapes-escolars-i-divulgacio/Mapes-escolars>
141. Mapa municipal de Catalunya. [Internet]. Institut Cartogràfic i Geològic de Catalunya; 2015. [Consulta: 1 juny 2015]. Disponible a: <http://www.icc.es/Home-ICC/Mapes-escolars-i-divulgacio/Mapes-escolars>
142. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. *Tobacco Control* [Internet]. 2014 [Consulta: 2 febrer 2016]; 23(2): 36-40. Disponible a: http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/suppl_2/ii36.full
143. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-Cigarettes: A Scientific Review. *Circulation* [Internet]. 2014 [Consulta: 2 febrer 2016]; 129(19): 1972-86. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018182/>
144. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richer M. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Soc Sci Med* [Internet]. 2008 [Consulta: 10 març 2015]; 66(6): 1429-36. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607006077>
145. Marzocchi GM, Capron C, Di Pietro M, Duran Tauleria E, Duyme M, Frigerio A, et al. The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13 (2): 1140-6.
146. De Andrade M, Hastings G, Angus K. Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? *BMJ* [Internet]. 2013 [Consulta: 2 febrer 2016]; 347: 74-73. DOI: 10.1136/bmj.f7473
147. Bobes J, Bascarán MT, González MP, Sáiz PA. Epidemiología del uso/abuso de cannabis. *Adicciones* [Internet]. 2000 [Consulta: 1 febrer 2016]; 12(2): 31-40. Disponible a: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/671>
148. Calafat A, Fernández C, Becoña E, Gil E, Juan M, Torres MA. Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones* [Internet]. 2000 [Consulta: 1 febrer 2016]; 12(2): 197-230. Disponible a : <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/682>
149. Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España; Esteban Herrera Á, coord. Proyecto évíct: Informe 2015 [Internet]. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2016. [Consulta: 1 febrer 2016]. Disponible a: http://evictproject.org/wp-content/uploads/2015/09/Informe_EVICT_2015.pdf
150. Degenhardt L, Dierker L, Chiu WT, Medina-Mora ME, Neumark Y, Sampson N, et al. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2010 [Consulta: 2 febrer 2016]; 108(1-2): 84-97. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835832/>
151. Degenhardt L, Chiu WT, Conway K, Dierker L, Glantz M, Kalaydjian A, et al. Does the 'gateway' matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity Study Replication. *Psychol Med* [Internet]. 2009

- [Consulta: 1 febrer 2016]; 39(1): 157-67. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653272>
152. Amos A, Wiltshire S, Bostock Y, Haw S, McNeill A. 'You can't go without a fag... you need it for your hash' – a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction Internet*. 2004 [Consulta: 31 gener 2016]; 99: 77–8. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2004.00531.x/abstract;jsessionid=66A506826C8C5D1BE814B89ED52D6DB0.f04t01>
 153. Donath C, Grässel E, Baier D, et al. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence - a representative study. *BMC Public Health [Internet]*. 2011 [Consulta: 31 gener 2016]; 11: 84. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3045949/>
 154. Pérez Milena A, Ramírez Segura EM, Jiménez Pulido I, Leal Heilmiling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Med fam Andal [Internet]*. 2008 [Consulta: 31 gener 2016]; 9(1): 10-7. Disponible a: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v9n1/03.pdf>
 155. Pons J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 1998 [Consulta: 31 gener 2016]; 72(3): 251-266. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135
 156. Becoña E, Calafat A, del Cerro JA. Informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuestas de actuación [Internet]. Madrid: Plan Nacional sobre drogas [Consulta: 25 febrer 2016]. Disponible a: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/informe_cannabis2004.pdf
 157. Generalitat de Catalunya [Internet]. Departament de Salut; 2014. Enquesta de Salut de Catalunya; 2014 [Consulta: 1 juny 2015]; [aprox. 42 p.]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
 158. Ariza C, Nebot M. La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones [Internet]*. 2004 [Consulta: 25 febrer 2016]; 16(2): 359-78. Disponible a: http://movil.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Prevencion_tabaquismo_jovenes.pdf
 159. American Pschiatric Association. Criterios para la dependencia de sustancias. Dins: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002. p. 223-5.

Annex 1. Criteris diagnòstics de consum perjudicial, abús i dependència

Consum perjudicial	Forma de consum que està afectant ja a la salut física o mental, tot i que també solen tenir efectes negatius dins l'esfera social.
Abús	La forma de consum provoca un malestar clínic significatiu, indicat per un o més dels ítems següents durant un període de 12 mesos: consum recurrent que provoca l'incompliment d'obligacions en el treball, a l'escola o a casa o en situacions en les quals es posa en perill la salut física; quan provoca problemes legals repetits relacionats amb la substància; o quan hi ha un consum continuat malgrat tenir problemes socials continus o recurrents o problemes interpersonals causats o exacerbats pels efectes de la substància.
Dependència	<p>Quan compleix els criteris de:</p> <ul style="list-style-type: none">-Tolerància (definida per una necessitat de quantitats marcadament creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat, o quan l'efecte que produeix la mateixa quantitat de substància disminueix amb el consum continuat).-Abstinència (definida per síndrome d'abstinència característic per a la substància, o perquè es pren la mateixa substància -o una molt semblant- per alleujar o prevenir els símptomes d'abstinència).-La substància es pren amb freqüència en quantitats majors o durant un període més llarg del que en un inici es pretenia.-Desig persistent de controlar o interrompre el consum de la substància.-Quan s'emptra molt de temps en aconseguir la substància, en el consum o en la recuperació dels efectes de la substància; quan es dona una reducció de l'activitat social, laboral o d'oci a causa del seu consum.-Quan es continua prenent-la malgrat ser conscient que es pateixen problemes psicològics o físics repetitius o persistents, que semblen provocats o intensificats pel consum de la substància.

Adaptació del DSM-IV de la American Psychiatric Association (159)

Annex 2. Diagnòstic de malaltia addictiva

El **diagnòstic de malaltia addictiva** es defineix com un patró desadaptatiu de consum d'una substància que comporta deteriorament o malestar clínics, i s'expressa per tres o més dels següents ítems, en algun moment d'un període continuat de 12 mesos

1. Tolerància definida per : (a) una necessitat de quantitats creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat; (b) l'efecte de les mateixes quantitats de substància disminueix clarament amb el consum continuat.
2. Abstinència, definida per: (a) la síndrome d'abstinència característica per a la substància; (b) es pren la mateixa substància (o una molt semblant) per alleujar o evitar els símptomes d'abstinència
3. La substància es pren amb freqüència en quantitats majors o durant un període més llarg del que inicialment es pretenia
4. Desig persistent o esforços infructuosos de controlar o interrompre el consum de la substància
5. Increment del temps utilitzat en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància, en el seu consum o en la recuperació dels seus efectes
6. Reducció d'importantes activitats socials, laborals o recreatives a causa del consum de la substància
7. Consum continuat de la substància malgrat tenir consciència de problemes psicològics o físics, recidivants o persistents, possiblement causats o exacerbats pel consum de la substància

Adaptació del DSM-IV de la American Psychiatric Association (159)

Annex 3. Consentiment Informat

Els propers dies el vostre fill/a serà convidat a omplir un qüestionari sobre **Estils de vida en joves de 1r i 2n d'ESO de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera**, pel desenvolupament d'un treball de màster en Promoció de Salut de la Universitat de Girona. El coneixement que s'extregui d'aquest qüestionari, que es farà públic als instituts, als pares i mares interessats, al CAP de Santa Maria de Palautordera i als dos governs municipals, permetrà desenvolupar estratègies de prevenció de la salut dirigides a aquest grup de població. Els qüestionaris són totalment anònims i no es poden relacionar de cap manera amb el vostre/a fill/a.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

Jo (pare/mare/tutor)amb

DNI / NIE núm.....autoritzo a que el meu/va fill/a.....
.....del curs.....de l'Institut Reguissol/Sec. d'Institut Can Record participi
de manera anònima en l'enquesta sobre comportaments i estils de vida.

....., a de de 2015

Signatura del pare/mare/tutor

Annex 4. Family Affluence Scale (FAS)

1. La teva família té cotxe, furgoneta o camió?

- ☐ No (=0)
- ☐ Sí, un (=1)
- ☐ Sí, dos o més (=2)

2. Tens la teva pròpia habitació per a tu sol/a?

- ☐ No (=0)
- ☐ Sí (=1)

3. Durant els últims 12 mesos, quantes vegades has anat de viatge de vacances amb la teva família?

- ☐ Mai (=0)
- ☐ Una vegada (=1)
- ☐ Dues vegades (=2)
- ☐ Més de dues vegades (=2)

4. Quants ordinadors té la teva família?

- ☐ Cap (=0)
- ☐ Un (=1)
- ☐ Dos (=2)
- ☐ Més de dos (=2)

Es suma la puntuació total en base a les respostes de cadascuna de les quatre preguntes i es defineixen tres categories:

- FAS baix (puntuació total = 0 – 3): nivell socioeconòmic baix
- FAS mig (puntuació total = 4 – 5): nivell socioeconòmic mig
- FAS alt (puntuació total = 6 – 7): nivell socioeconòmic alt

Annex 5. Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

“Amb quina freqüència t’ha passat alguna de les situacions que es descriuen a continuació en els darrers 12 mesos?”

1. Has consumit haixix o marihuana abans del migdia

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

2. Has consumit haixix o marihuana estant sol/a

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

3. Has tingut problemes de memòria en consumir haixix o marihuana

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

4. Els amics o membres de la teva família t’han dit que hauries de reduir el consum de haixix o marihuana

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

5. Has intentat reduir/deixar de consumir haixix o marihuana sense aconseguir-ho

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

6. Has tingut problemes a causa del teu consum de haixix o marihuana (discussió, baralla, accident, mal resultat escolar, etc.)

- ☐ Mai
- ☐ Rarament
- ☐ A vegades
- ☐ Sovint
- ☐ Molt sovint

Puntuació: En cas de respondre “sovint” o “molt sovint” en els ítems 1 i 2, s’ha sumat un punt. Per la resta d’ítems (del 3 al 6), s’ha sumat un punt quan la resposta era diferent a “mai”. El màxim de punts és 6.

- Consum de **baix risc o risc moderat**: puntuació 2-3
- Consum d’**alt risc**: puntuació igual o més gran de 4

Annex 6. Qüestionari de punts forts i dificultats (SDQ-Cat)

Si us plau, posa una creu en el quadre que creguis que respon a cadascuna de les preguntes: No és cert, Una mica cert, Absolutament cert. Ens seria de gran ajuda que responguis totes les preguntes el millor que puguis, encara que no estiguis completament segur de la resposta, o encara que et sembli una pregunta rara. Si us plau, respon les preguntes basant-te en el teu comportament durant els darrers sis mesos.

Nom:

Masculí/Femení

Data de naixement:

	No és cert	Una mica cert	Absolutament cert
Intento ser agradable amb les altres persones. Tinc en compte els seus sentiments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sóc inquiet, no puc estar quiet durant gaire temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinc molts mals de cap, d'estómac o nàusees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalment comparteixo les coses amb els altres (caramels, joguines, llapis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'enfado molt i sovint tinc mal geni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalment estic sol/a. Generalment jugo sol/a o no vull estar amb els altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalment sóc obediènt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em preocupo molt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajudo quan algú ha pres mal, està disgustat o es troba malament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constantment estic remonent-me en el seient, no paro de moure les mans o les cames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinc com a mínim un/a bon/a amic/amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em barallo molt. Aconsegueixo que el/les altres facin el que jo vull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovint em sento infeliç, trist o amb ganes de plorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, caic bé a la gent de la meua edat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em distrec amb facilitat, em costa concentrar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em poso nerviós/a en situacions noves. Perdo fàcilment la confiança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sóc amable amb els nens més petits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'acusen sovint de mentir o d'enganyar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres nens o joves m'amenacen o molesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'ofereixo sovint a ajudar els altres (pares, mestres, nens/nenes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abans de fer les coses, penso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agafó coses que no són meves (de casa, de l'escola o d'altres llocs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'entenc millor amb adults que amb persones de la meua edat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinc moltes pors, m'espanto fàcilment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acabo la feina que estic fent. Tinc bona atenció/concentració	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signatura

Data

Moltes gràcies per la teua ajuda

ESTILS DE VIDA DELS ESTUDIANTS DE 1r i 2n D'ESO de Santa Maria i Sant Esteve de Palautordera

Aquest qüestionari forma part d'un estudi que s'està fent per la Universitat de Girona sobre diversos comportaments i estils de vida dels estudiants de la teva edat que estan relacionats amb la salut.

La teva participació és molt important perquè amb les teves respostes coneixerem què pensen els joves i això permetrà fer diferents algunes coses i millorar-les.

NO ÉS UN EXAMEN i, per tant, no hi ha respostes bones o dolentes. Només volem saber la teva opinió. Per això és molt important que contestis el que penses, sense deixar-te influir pel que et sembla que contestarien els teus companys, ni per allò que agradaria als teus professors o els teus pares. Si hi ha alguna pregunta que consideres que no has de respondre, deixa-la en blanc.

Aquest qüestionari és CONFIDENCIAL: no hi has d'escriure el teu nom. Ningú sabrà quin és el qüestionari que has contestat. Les respostes seran analitzades conjuntament per conèixer què pensa la gent de la teva edat.

SOBRE TU

Per començar, et farem algunes preguntes sobre tu mateix/a

1. 1. Quin dia vas néixer?

.....
Exemple: 15 desembre, 2012

2. 2. Ets noi o noia?

Maqueu només un oval.

☐ Noi

☐ Noia

3. 3. A quin institut vas?

Maqueu només un oval.

☐ SEC Can Record

☐ IES Reguissol

4. 4. Quin curs estàs fent?

Maqueu només un oval.

☐ 1r d'ESO

☐ 2n d'ESO

5. En relació amb els altres companys/es de la teva classe, com creus que és el teu nivell acadèmic?

Maqueu només un oval.

- ☐ Estic entre el terç més alt de la meva classe
- ☐ Estic entre el terç mitjà de la meva classe
- ☐ Estic entre el terç més baix de la meva classe

6. En els darrers 30 dies, de quants diners has disposat habitualment a la setmana per les teves despeses personals

Maqueu només un oval.

- ☐ 0 euros
- ☐ 10 euros o menys a la setmana
- ☐ Entre 10 i 30 euros a la setmana
- ☐ Més de 30 euros a la setmana

7. Qui conviu amb tu a casa teva?

(pots marcar MÉS D'UNA RESPOSTA)

Marqueu només un oval per fila.

	Sí	No
La meva mare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El meu pare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La meva tutora/madrastra/parella del meu pare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El meu tutor/padrastre/parella de la meva mare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un/a o més germanes (o germanastres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altres membres de la família: avis, oncles...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Si has contestat "altres", si us plau, especifica:

.....

9. La teva família té cotxe, furgoneta o camió

Maqueu només un oval.

- ☐ No
- ☐ Sí, un
- ☐ Sí, dos o més

10. Tens la teva pròpia habitació per tu sol/a?

Maqueu només un oval.

- ☐ Si
- ☐ No

11. 10. Durant els últims 12 mesos, quantes vegades has anat de viatge o de vacances amb la teva família?

(no es consideren vacances anar a una segona residència o a casa de familiars)

Maqueu només un oval.

- ☐ Mai
- ☐ Una vegada
- ☐ Dues vegades
- ☐ Més de dues vegades

12. 11. Quants ordinadors hi ha a casa teva?

Maqueu només un oval.

- ☐ Cap
- ☐ Un
- ☐ Dos
- ☐ Més de dos

13. 12. Alguna persona que no sigui de la teva família ve a casa teva a fer les tasques de la llar?

Maqueu només un oval.

- ☐ Sí
- ☐ No

TABAC

Ens agradaria saber si fumes tabac o si n'has fumat alguna vegada. O si has utilitzat el cigarret electrònic (no ens referim a si has fet una sola calada, sinó a fer-ho almenys unes quantes calades seguides)

14. 1. Has fumat alguna vegada a la teva vida?

Maqueu només un oval.

- ☐ No (PASSA a la pregunta nº 7)
- ☐ Sí

15. 2. Amb quina de les afirmacions següents t'identifiques?

(marca només UNA RESPOSTA)

Maqueu només un oval.

- ☐ Fumo almenys una cigarreta al dia
- ☐ No fumo cada dia, però sí un cop a la setmana
- ☐ No fumo setmanalment, però sí almenys una vegada al mes
- ☐ Fumo menys d'una vegada al mes
- ☐ Fumo un cop de tant en tant
- ☐ He deixat de fumar, després d'haver fumat almenys un cop a la setmana
- ☐ He deixat de fumar, sempre vaig fumar menys d'un cop a la setmana
- ☐ Vaig fumar algun cop, però ja no he fumat mai més

16. **3. Si fumes cada dia, quantes cigarretes fumes els dies de classe?**

.....

17. **4. Si fumes cada dia, quantes cigarretes fumes els caps de setmana?**

.....

18. **5. Quants anys tenies quan vas fumar la primera cigarreta?**

.....

19. **6. Has comprat alguna vegada tabac per tu?**

Selecioneu totes les opcions que corresponguin.

☐ Sí

☐ No

20. **7. Quantes persones que estiguin a casa teva de manera habitual fumen dintre de casa?**

(sense tenir en compte balcons, ni terrasses, ni galeries)

Maqueu només un oval.

☐ Ningú fuma dins de casa

☐ 1 persona

☐ 2 persones

☐ 3 persones

☐ 4 persones

☐ 5 persones

☐ Més de 5 persones

21. **8. Has utilitzat un cigarret electrònic alguna vegada a la teva vida?**

Selecioneu totes les opcions que corresponguin.

☐ No (PASSA a la pregunta nº 15)

☐ Sí

22. 9. Amb quina de les afirmacions següents t'identifiques?

(marca només UNA RESPOSTA)

Maqueu només un oval.

- ☐ Utilitzo el cigarret electrònic almenys un cop al dia
- ☐ No l'utilitzo cada dia, però sí un cop a la setmana
- ☐ No l'utilitzo setmanalment, però sí almenys una vegada al mes
- ☐ El faig servir menys d'una vegada al mes
- ☐ El faig servir un cop de tant en tant
- ☐ L'he deixat fer servir, després d'utilitzar-lo almenys un cop a la setmana
- ☐ He deixat d'utilitzar-lo, sempre vaig fer-lo servir menys d'un cop a la setmana
- ☐ Vaig fer-lo servir algun cop, però ja no l'he utilitzat més

23. 10. Si fas servir el cigarret electrònic cada dia, quantes vegades ho fas els dies de classe?

.....

24. 11. Si fas servir el cigarret electrònic cada dia, quantes vegades ho fas els caps de setmana??

.....

25. 12. Quants anys tenies quan provar un cigarret electrònic la primera vegada?

.....

26. 13. Has comprat alguna vegada un cigarret electrònic per tu?*Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.*

- ☐ Sí
- ☐ No

27. 14. Quantes persones que estiguin a casa teva de manera habitual fan servir un cigarret electrònic dintre de casa?

(sense tenir en compte balcons, ni terrasses, ni galeries)

Maqueu només un oval.

- ☐ Ningú el fa servir dins de casa
- ☐ 1 persona
- ☐ 2 persones
- ☐ 3 persones
- ☐ 4 persones
- ☐ 5 persones
- ☐ Més de 5 persones

ALCOHOL

A continuació hi ha una sèrie d'opinions i preguntes sobre l'alcohol. Encara que no n'hagis pres mai, ens agradaria saber què en penses.

28. 1. Expressa el teu grau d'acord amb les frases següents:

(marca només UNA RESPOSTA per cada línia)

Marqueu només un oval per fila.

	Totalment d'acord	Bastant d'acord	Bastant en desacord	Totalment en desacord
Les begudes alcohòliques fan les festes més divertides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La majoria de les persones grans pren begudes alcohòliques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ens agradaria saber si prens begudes alcohòliques o si n'has pres alguna vegada. Ens referim a beure almenys mig got o copa de beguda (vi, cervesa, cava, cubata...etcètera)

29. 2. Has begut alguna vegada almenys mig got de qualsevol beguda alcohòlica?

(marca només UNA RESPOSTA)

Maqueu només un oval.

- ☐ No, mai (PASSA a la pregunta nº 1 DEL BLOC "ALTRES SUBSTÀNCIES")
Després de la darrera pregunta d'aquesta secció, passeu a la pregunta 36.
- ☐ Sí, alguna vegada a la vida
- ☐ Sí, en els últims 12 mesos
- ☐ Sí, en els últims 6 mesos
- ☐ Sí, en els últims 30 dies

30. 3. Quants anys tenies quan beure per primera vegada mig got de beguda alcohòlica??

.....

31. 4. Acostumes a beure almenys mig got d'algun tipus de beguda alcohòlica en les situacions següents?

(marca només UNA RESPOSTA)

Marqueu només un oval per fila.

	Sí	No
Els dies de classe (cada dia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durant els caps de setmana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En les festes familiars com aniversaris, Nadal o altres festes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En discoteques, bars, festes majors o festes particulars amb els amics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 5. Has pres alguna vegada 4 o més begudes alcohòliques en una sola ocasió?

(prendre les begudes seguides o durant unes quatre hores)

Maqueu només un oval.

- ☐ No, mai
- ☐ Sí, alguna vegada a la vida
- ☐ Sí, en els últims 12 mesos
- ☐ Sí, en els últims 6 mesos
- ☐ Sí, en els últims 30 dies
- ☐ No ho recordo

33. 6. T'has emborratxat alguna vegada?*Maqueu només un oval.*

☐ No, mai *Després de la darrera pregunta d'aquesta secció, passeu a la pregunta 36.*

- ☐ Sí, alguna vegada a la vida
- ☐ Sí, en els últims 12 mesos
- ☐ Sí, en els últims 6 mesos
- ☐ Sí, en els últims 30 dies

34. 7. Quantes vegades t'has emborratxat en els darrers 6 mesos?*Maqueu només un oval.*

- ☐ Cap vegada
- ☐ Una vegada
- ☐ Dues vegades
- ☐ Més de dues vegades

35. 8. Assenyala tots els llocs on has aconseguit o comprat begudes alcohòliques:

(pots marcar MÉS D'UNA RESPOSTA)

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- ☐ Bars o pubs
- ☐ Discoteques
- ☐ Supermercats o hipermercats
- ☐ Benzineres, quiosc o cellers
- ☐ Casa on vius
- ☐ Casa d'altres persones
- ☐ Venda ambulant
- ☐ Internet o venda telefònica
- ☐ Altres

ALTRES SUBSTÀNCIES

Aquest és un apartat que parla de drogues il·legals. Volem conèixer les experiències i les actituds de la gent de la teva edat. Recorda que les teves respostes són confidencials.

36. 1. De cada substància, indica si les has pres alguna vegada:*Marqueu només un oval per fila.*

	No n'he pres mai	Alguna vegada a la vida	Ens els 12 darrers mesos	En els darrers 30 dies
Haixis o marihuana (porros, cannabis, herba, costo...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Si has respost "altres", especifica quines, si us plau:

.....

SI NO HAS PRES MAI CAP SUBSTÀNCIA D'AQUESTES, VES A LA PREGUNTA n° 6

38. 2. Quants anys tenies quan vas provar per primera vegada el haixix o la marihuana?

.....

39. 3. Quants anys tenies quan vas provar per primera vegada altres substàncies?

.....

40. 4. Ens els darrers 12 mesos has consumit alguna vegada begudes alcohòliques i haixis o marihuana sense que hagin passat entre el consum d'una i altra, més de dues hores?*Selecioneu totes les opcions que corresponguin.*

- ☐ Sí
- ☐ No

41. 5. Quants dels teus amics /amigues o companys/companyes diries que...*Marqueu només un oval per fila.*

	Tots o quasi tots	Alguns	Cap	No ho sé
Fumen cigarretes/cigarret electrònic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beuen alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumen haixix o marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. 6. De cadascuna de les següents substàncies que et mostrem a continuació, assenyalas si us plau, el grau de perillositat que representa el seu consum habitual:

(marca només UNA RESPOSTA a cada línia)

Marqueu només un oval per fila.

	Molt perillós	Moderadament perillós	Gens perillós
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haixix o marihuana (cànnabis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI NO HAS CONSUMIT MAI HAIXIX O MARIHUANA PASSA A LA PREGUNTA N°14

43. 7. Has consumit alguna vegada haixix o marihuana a l'escola?

Maqueu només un oval.

- ☐ Sí
- ☐ No

SI NO HAS CONSUMIT MAI HAIXIX O MARIHUANA PASSA A LA PREGUNTA N°14

44. 8. Amb quina freqüència t'ha passat alguna de les situacions que es descriuen a continuació en els darrers 12 mesos?

(Marca UNA RESPOSTA A CADA LÍNIA)

Marqueu només un oval per fila.

	Mai	Rarament	A vegades	Sovint	Molt sovint
Has consumit haixix o marihuana abans del migdia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has consumit haixix o marihuana estan sol/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tens problemes de memòria al consumir haixix o marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T'ha dit els/les amics/amigues o membres de la teva família que hauries de reduir el consum d'haixix o marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has intentat reduir o deixar de consumir haixix o marihuana sense aconseguir-ho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Has tingut problemes degut al teu consum d'haixix o marihuana (discussió, baralla, accident, mal resultat escolar, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. **Si has tingut problemes a causa del teu consum d'haixix o marihuana (discussió, baralla, accident, mal resultat escolar, etc.) digues quins:**

.....

.....

.....

.....

.....

SI NO HAS CONSUMIT HAIXIX O MARIHUANA EN ELS DARRERS 30 DIES PASSA A LA PREGUNTA N°14

46. **9. En els darrers 30 dies, aproximadament quants dies has consumit haixix o marihuana?**

.....

47. **10. En els darrers 30 dies, per terme mig, quants porros d'haixix o marihuana has fumats cada dia que has consumit aquestes drogues?**

.....

SALUT, ESTAT D'ÀNIM I RELACIONS AMB ELS ALTRES

Ens agradaria saber com és la teva salut en general i les relacions que tens amb els altres

48. **1. Com diries que és la teva salut en general?**

Maqueu només un oval.

- ☐ Excel·lent
- ☐ Molt bona
- ☐ Bona
- ☐ Regular
- ☐ Dolenta

49. **2. Quantes vegades t'has sentit...?**

(Marca UNA RESPOSTA A CADA LÍNIA)

Marqueu només un oval per fila.

	Mai	Quasi mai	De vegades	Sovint	Sempre
Molt cansat/da per fer coses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amb problemes per quedar-te adormit/a o despertar-te abans d'hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desplaçat/da, trist/a o deprimet/da	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desesperançat/da de cara al futur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nerviós/a o en tensió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avorrit/da de les coses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. 3. Si us plau, respon a les preguntes segons el teu comportament en els darrers 6 mesos

(Marca UNA RESPOSTA A CADA LÍNIA)

Marqueu només un oval per fila.

	No és cert	Una mica cert	Absolutament cert
Intento ser agradable amb les altres persones. Tinc en compte els seus sentiments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sóc inquiet/a, no puc estar quiet/a durant gaire temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinc molts mals de cap, d'estómac o nàusees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalment comparteixo les coses amb els altres(caramels, joguines, llapis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'enfado molt i sovint tinc mal geni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalment estic sol/a. Generalment jugo sol/a o no vull estaramb els altres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalment sóc obedient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em preocupo molt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajudo quan algú ha pres mal, està disgustat o es troba malament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constantment estic remoyent-me en el seient, no paro de moure les mans o les cames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinc com a mínim un/a bon/a amic/ga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em barallo molt. Aconsegueixo que els altres facin el que jo vull	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sovint em sento infeliç, trist o amb ganes de plorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, caic bé a la gent de la meva edat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em distrec amb facilitat, em costa concentrar-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em poso nerviós/a en situacions noves. Perdo fàcilment la confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sóc amable amb els nens/es més petits/es	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'acusen sovint de mentir o enganyar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altres nens/es o joves m'amenacen o molesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'ofereixo sovint a ajudar els altres (pares, mestres, nens/es, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abans de fer les coses, penso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agafo coses que no són meves (de casa, de l'escola o d'altres llocs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'entenc millor amb adults que amb persones de la meva edat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinc moltes pors, m'espanto fàcilment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acabo la feina que estic fent. Tinc bona atenció/concentració	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. 4. Com són habitualment les relacions amb la teva família?

(es refereix a les persones amb qui convius)

Maqueu només un oval.

- ☐ Molt bones
- ☐ Bastant bones
- ☐ Regulars
- ☐ Bastant dolentes
- ☐ Molt dolentes

MOLTES GRÀCIES

T'agraeixo molt sincerament el temps que has dedicat a respondre aquestes preguntes, el teu interès i la teva col•laboració

Tecnologia de



Annex 8. Cronograma 2015-2016

2015	Març	Abril	Maig	Juny	Octubre	Novembre	Desembre
Presentar projecte UdG							
Preparar enquestes on-line							
Presentació de l'estudi als instituts, CAP, govern municipal							
Creació de base de dades							
Prova pilot amb 13 alumnes, valoració i modificacions pertinents							
Recollida d'informació							
Extracció de dades							
Anàlisi de dades							

2016	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Setembre/Octubre
Resultats i conclusions							
Memòria del projecte							
Comunicació de resultats							
Difusió externa							

Annex 9. Indicadors i comportaments de risc relacionats amb la salut dels participants segons sexe (%)

		NOIS	NOIES	TOTAL
Experimentació amb substàncies addictives	Tabac	16,9	7,9	13 *
	Fumador diari o setmanal tabac	-	-	4,34
	E-cigarreta	-	-	4,9
	Alcohol	37,3	21,3	30,4 *
	Borratxera (alguna vegada)	-	-	2,41
	Binge drinking	-	-	4,35
	Cànnabis	6,8	1,1	4,4
Percepcions i opinions sobre el consum	Alcohol diversió ²	41,4	22,5	33,2 *
	Adults consumidor alcohol ³	79,5	56,2	69,4 *
	Amics consumidors tabac (alguns, tots o quasi tots)	46,1	36,7	42,5
	Amics consumidors alcohol (alguns, tots o quasi tots)	54,8	44,2	50,3 *
	Amics consumidors cànnabis (alguns, tots o quasi tots)	30,2	17,5	25
	Absència de perillositat ¹ tabac	1,7	3,4	2,5
	Absència de perillositat ¹ alcohol	9,6	3,4	7
	Absència de perillositat ¹ cànnabis	5,3	1,2	3,6
Salut i esta d'ànim	Salut autopercebuda regular o dolenta	5,1	3,3	4,2 ^t
	Estat d'ànim negatiu ⁴	10,2	15,7	12,95 ^{tac}
	SQD (anormal) ⁵	3,4	3,3	3,4 ^a
	Mala relació amb la família ⁶	1,6	1,1	1,35 ^a

*Diferències significatives entre sexes.

¹ Gens perillós.

² Opinió favorable (totalment/bastant d'acord) sobre que l'alcohol fa les festes més divertides.

³ Opinió favorable (totalment/bastant d'acord) sobre que la majoria dels adults beuen alcohol. ⁴ Sentir-se amb 3 o més problemes d'estats d'ànim (sentir-se cansat/da, amb problemes de son, trist/a o deprimet/da, nerviós/a, avorrit/da o desesperançat/da de cara al futur sovint o sempre).

⁵ Probable cas de salut mental (obtenir una puntuació d'entre 20 i 40 en l'escala total de l'índex SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*)).

⁶ Relacions familiars dolentes o molt dolentes.

^t Diferències significatives amb el consum de tabac.

^a Diferències significatives amb el consum d'alcohol.

^c Diferències significatives amb el consum de cànnabis.